

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysalan koulutusohjelma

Kliininen asiantuntija

2012

Katja Rovaharju

DIABETESTA SAIRASTAVAN ASIAKKAAN OMAHOIDON ARVIOINTI JA TUKEMINEN KOTIHOIDOSSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Katja Rovaharju

DIABETESTA SAIRASTAVAN ASIAKKAAN OMAHOIDON ARVIOINTI JA TUKEMINEN KOTIHOIDOSSA

Pitkäaikaissairauksia sairastavien henkilöiden hoito ja sairauksien ennaltaehkäisy ovat puutteellisia, koska henkilöt sitoutuvat heikosti hoitoonsa. Ohjattu omahoito ja asiakkaan vastuunotto hoidostaan johtavat parempaan lopputulokseen kuin asiantuntijavaltaiset käytännöt. Diabetesta sairastavan asiakkaan hoito on pitkälti omahoitoa.

Tämä kehittämisprojekti liittyi Sastamalan seudun terveys- ja sosiaalipalveluissa (Sotesi) käynnissä olevaan Potku-hankkeen osahankkeeseen. Kehittämisprojektin tavoitteena oli tuottaa diabetesta sairastavan asiakkaan omahoitovalmennukseen soveltuva omahoitolomake. Tarkoituksena oli, että kotihoidon työntekijät pystyvät tunnistamaan omahoitovalmiuden ja siinä tarvittavan tuen omahoitolomaketta käyttäen.

Soveltavan tutkimusosan tavoitteena oli testata omahoitolomakkeen toimivuutta. Tarkoituksena oli tuottaa omahoitolomake työvälineeksi kotihoidon hoitajille. Aineisto kerättiin testaamalla omahoitolomaketta käytännössä kotihoidon asiakkailla (N = 12) sekä haastattelemalla teemahaastattelun periaatteita käyttäen kotihoidon hoitajia (N = 11).

Kehittämisprojektin tuotoksena syntyi omahoitolomake omahoitovalmennuksen työvälineeksi. Tulosten mukaan hoitaja voi hyödyntää omahoitolomaketta työvälineenä omahoitovalmennuksen tarpeen tunnistamisessa, omahoitovalmiuden tunnistamisessa sekä omahoitoon kannustamisessa ja tukemisessa.

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Advanced Nursing Practice

May 2012 | 50 pages, 3 appendices

Katja Rovaharju

EVALUATING AND SUPPORTING THE SELF-MANAGEMENT OF A DIABETES CLIENT IN HOME CARE

Care and disease prevention of persons with a long-time disease is deficient because their commitment to the care is weak. The structured self-management and the fact that the client takes responsibility of his/her care, lead to a better final result than if the care would be managed by the authorities. The care of a diabetes client consists mainly of self-care.

This development project was part of a Potku-project which was going on in Sastamala's social- and healthcare services. The aim of the development project was to create a self-management form which is suited for the self-management coaching of a diabetes client. The purpose was that the workers of home care can recognize the self-management ability and the needed support by using a self-management form.

The aim of the research-based section was to test the functionality of the self-management form. The purpose was to make the self-management form a tool for home care workers. The material was collected by testing the self-management form in practice with the home care clients (N=12) and by interviewing the home care workers (N=11).

The output of the development project was the self-management form which can be used as a tool in self-management coaching. According to the results the home care worker can make use of the self-management form in the recognition of self-management coaching needs, in the recognition of self-management ability and in encouraging and supporting the client towards self-management.

KEYWORDS: Diabetes, self-management, supporting the self-management, home care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	7
3 TOIMINTAORGANISAATION KUVAUS	8
3.1 Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalvelut	8
3.2 Sastamalan kotihoito	9
3.3 Potku-hanke	9
4 KIRJALLISUUSKATSAUS	10
4.1 Omahaito	10
4.1.1 Pitkäaikaissairauksia sairastavan henkilön hoito	10
4.1.2 Ammattihenkilölähtöisestä hoitosuhteesta asiakaslähtöisyyteen	12
4.1.3 Omahoidon prosessi	13
4.2 Diabetesta sairastavan iäkkään elintavat	18
4.2.1 Ravitseminen	18
4.2.2 Painonhallinta ja liikunta	19
4.2.3 Tupakointi ja alkoholi	20
4.2.4 Mielenterveys	21
4.3 Diabetesta sairastavan omahoito ja sen tukeminen	21
5 PROJEKTIORGANISAATION TOIMINTA	24
6 PROJEKTIN TOTEUTUS	25
6.1 Omahaitolomakkeen työstäminen	25
6.2 Soveltavan tutkimusosan tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat	29
6.3 Haastatteluiden toteutus	30
6.4 Aineiston analysointi	31
6.5 Tulokset	32
6.5.1 Omahaitovalmennuksen tarpeen tunnistaminen omahoitolomaketta käyttämällä	32
6.5.2 Omahaitolomake työvälineenä omahoitovalmiuden tunnistamisessa	34
6.5.3 Asiakkaan omahoitoon kannustaminen ja tukeminen omahoitolomakkeen avulla	36

6.6 Eettisyys ja luotettavuus	38
7 OMAHOITOLOMAKE DIABETESTA SAIRASTAVAN ASIAKKAAN OMAOITOVALMENNUKSEEN	41
8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA	41
8.1 Omahoitolomakkeen toimivuus	41
8.2 Kehittämishankkeiden prosessina	43
8.3 Lopputuloksen arviointi	44
9 JATKOKEHITTÄMISAIHEITA	45
LÄHTEET	46
LIITTEET	
Liite 1. Saatekirje	
Liite 2. Kirjallinen suostumus haastatteluun	
Liite 3. Viimeistely omahoitolomake	
KUVIOT	
Kuvio 1. Kehittämishankkeen projektisykli	7
Kuvio 2. Pitkäaikaissairauksien hoidon rakenne	12
Kuvio 3. Omahoidon prosessi	14
Kuvio 4. Muutosvaihemalli	15
Kuvio 5. Prosessi omahoitolomakkeen työstämisen vaiheista ja käytännön järjestelyistä	26
Kuvio 6. Muokatun omahoitolomakkeen sisältö pääpiirteittäin	27
Kuvio 7. Esimerkki pelkistämisestä	32
Kuvio 8. Omahoitovalmennuksen tarpeen tunnistaminen omahoitolomaketta käyttämällä	33
Kuvio 9. Omahoitolomake työvälineenä omahoitovalmiuden tunnistamisessa	35
Kuvio 10. Asiakkaan omahoitoon kannustaminen ja tukeminen omahoitolomakkeen avulla	37

1 Johdanto

Pitkääikaissairauksia sairastavien henkilöiden hoito ja ennaltaehkäisy ovat puutteellisia. Tämä johtuu siitä, että ihmiset sitoutuvat heikosti hoitoonsa. Vastuu ihmisten hoitamisesta on ollut perinteisesti terveydenhuollon ammattihenkilöllä, mutta viimeisten vuosikymmenien aikana hoitosuhde on muuttunut tasavertaisemmaksi ja päätöksenteko on muuttunut yhteistyöksi asiakkaan ja ammattihenkilön välille. Nykyään on vallalla käsitys, että ohjattu omahoito ja asiakkaan oma vastuunotto johtavat parempaan lopputulokseen kuin asiantuntijavaltaiset käytännöt. (Pitkälä ym. 2008.)

Omahoito on asiakkaan itse toteuttamaa hoitoa, jota suunnitellaan yhdessä ammattilaisen kanssa. Ammattihenkilön tehtävänä on kuunnella asiakasta, ja sen jälkeen he yhdessä pohtivat asiakkaalle sopivan hoidon. (Routasalo & Pitkälä 2009.) Omahoidolla on merkittävä vaikutus asiakkaan hyvinvointiin, ja omahoitoon tukemisella voidaan vaikuttaa hoidon onnistumiseen (Pitkälä ym. 2008).

Diabetes lisääntyy Suomessa (Koski ym. 2009). Tällä hetkellä tyypin 2 diabetekseen sairastuneita on noin 250 000 (diagnosoitu) ja noin 200 000 sairastaa sitä tietämättään (Diabetesliitto 2012). Diabetesta sairastavan hoito on pitkälti omahoitoa. Ihminen tekee joka päivä itsenäisiä ratkaisuja, jotka vaikuttavat sairauteen ja hoidon kulkuun. Diabetesta sairastavat tarvitsevat paljon terveydenhuollon tukea ja neuvoa. Hyvän hoitotuloksen saavuttaminen edellyttää, että henkilö osallistuu hoitonsa suunnitteluun ja noudattaa yhteisesti sovittuja periaatteita omahoidossaan. (Lyytinen 2011.)

Tämä kehittämisprojekti liittyi Sastamalan seudun terveys- ja sosiaalipalveluissa (Sotesi) käynnissä olevaan Potku-hankkeen osahankkeeseen. Kehittämisprojektin tavoitteena oli tuottaa diabetesta sairastavan asiakkaan omahoitovalmennukseen soveltuva omahoitolomake. Tarkoituksena oli, että kotihoidon työntekijät pystyvät tunnistamaan omahoitovalmiuden ja siinä tarvittavan tuen omahoitolomaketta käyttäen.

2 Kehittämiprojektin lähtökohdat

Monia pitkäaikaissairauksien hoitoja tukemaan on kehitelty erilaisia malleja, joissa ammattihenkilö toimii kumppanina ja neuvonantajana asiakkaalle (Pitkälä ym. 2008). Suomessa monissa kunnissa ja kuntayhtymissä on kehitetty omahoidon ohjelmia ja esimerkiksi diabetesta sairastavan henkilön hoitoa tukevaa toimintaa. Potku eli Potilas kuljettajan paikalle -hankkeen tavoitteena on kehittää terveyshyötymallin avulla pitkäaikaissairauksia sairastavan henkilön hoitoa (Potkuhanke 2012). Terveyshyötymallissa yhtenä painopistealueena on omahoito ja omahoitoon tukeminen (Saarelma ym. 2008; 2010).

Tämä kehittämisprojekti sai alkunsa vuonna 2010. Silloin käynnistyi Sastamalan seudun terveys- ja sosiaalipalveluissa (jatkossa Sotesi) (entinen Sastamalan perusturvakuntayhtymä, Saspe) Potku-hanke, jonka osahankkeeseen tämä kehittämisprojekti liittyi. Kehittämisprojektin tavoitteena oli tuottaa diabetesta sairastavan asiakkaan omahoitovalmennukseen soveltuva omahoitolomake. Tarkoituksena oli, että kotihoidon työntekijät pystyvät tunnistamaan omahoitovalmiuden ja siinä tarvittavan tuen omahoitolomaketta käyttäen. Kehittämisprojektin tuotoksena kehitettiin, testattiin ja luotiin toimiva omahoitolomake.

Projekti eteni projektisyklin mukaisesti. Se etenee esisuunnittelusta projektisuunnitelmaan ja siitä projektin toteutuksen kautta raportointiin (Silfverberg 2005). (Kuvio 1)

Ideavaihe	• Syksy 2010
Esiselvitys	• Kevät-kesä 2011
Projektisuunnitelma	• Syksy 2011
Projektin toteutus	• Tammi-huhtikuu 2012
Raportointi	• Kevät 2012

Kuvio 1. Kehittämisprojektin projektisykli.

Ideavaihe oli syksyllä 2010. Silloin projektipäällikkö työelämämentorin avustuksella selvitti taustoja ja hankki perustietoja. Esiselvitysvaiheessa projektipäällikkö jatkoi taustojen selvittämistä kirjallisuudesta ja tutkimuksista. Tietoja haettiin eri tietokannoista. Eniten käytettyjä olivat Medic, Cochrane ja Chinal. Lisäksi käytettiin manuaalista tiedonhakua. Tiedonhakua jatkettiin koko projektin ajan.

Projektisuunnitelma oli valmis marraskuussa 2011. Silloin täsmentyi tavoite ja tarkoitus, menetelmä, aikataulu ja projektiorganisaatio. Tutkimusluvan projektipäällikkö sai Sotesin (silloinen Saspe) vt. kuntayhtymän johtajalta joulukuussa 2011.

Projektin toteutus ajoittui tammi-huhtikuulle 2012. Soveltavan tutkimuksen osa toteutettiin teemahaastattelulla. Haastateltavina oli kotihoidon hoitajia, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, lähihoitajia ja kodinhoitajia. Haastateltuja oli yhteensä 11. Kehittämishankkeen raportointi tapahtui kevään 2012 aikana.

3 Toimintaorganisaation kuvaus

3.1 Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystoimet

Kehittämishankkeen toimintaorganisaationa oli Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystoimet (Sotesi, vuodesta 2012 alkaen) (entinen Sastamalan perusturvakuntayhtymä, Saspe). Asukkaita toimialueella on noin 32 000 ja henkilökuntaa noin 650. Sotesin toiminnan lähtökohtana on ihmisten joustava auttaminen ja toimintakyvyn edistäminen. Iskulauseena on ”kannustaa, osaa, palvelee, tuottaa”. (Saspe 2011.) Toiminta-ajatuksena on, että Sotesi tuottaa terveyttä ja toimintakykyä ylläpitäviä ja edistäviä palveluja alueellisesti. Visio vuoteen 2013 on, että Sotesi on alueellinen terveyttä ja toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä palveluntuottaja. Toiminnan tulisi olla vaikuttavaa, tehokasta ja elämänhallintaa edustavaa. Visioon sisältyy myös se, että asiakkaat ovat tyytyväisiä, henkilökunta sitoutunut ja hyvinvoiva ja että kunnat luottavat Sotesin toimintaan. (Saspen strategia 2008.)

Saspen strategia on laadittu vuoteen 2013 asti. Strategian painopistealueita on yhteensä neljä, mutta tässä mainitaan ne kohdat, joissa pyritään ottaa huomioon kotihoito ja omahoito. Strategisena tavoitteena on, että hyvinvointi ja terveys lisääntyvät sekä hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat. Tavoitteena on, että asiakkaan tilanne otetaan kokonaisuutena huomioon ja erityisesti panostetaan vanhuksiin ja pitkäaikaissairaisiin. Tärkeää on kotihoidon ja kotihoitoa tukevien palveluiden kehittäminen ja kotihoitoon panostaminen. Yhtenä strategian painopisteenä on ennaltaehkäisy. Tuetaan itsehoitoa. Sloganina on ”Minä itte”. Henkilöstön edellytetään hallitsevan kuntouttavan ja ennaltaehkäisevän työtöteen. (Saspen strategia 2008.)

3.2 Sastamalan kotihoito

Kotihoito on kotona asuvan henkilön hoitamista yhdessä asukkaan, omaisten ja yhteistyökumppaneiden kanssa. Siinä autetaan niissä asioissa, joihin asukas ei omin voimavaroin kykene. Se on kuntoutusta, kuntouttavaa toimintaa, terveydenhoitoa, sairaanhoitoa ja kotipalvelua. (Sotesi 2012.)

Toiminnan tavoitteena on asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn sekä elämänhallinnan säilyttäminen niin, että hän pystyisi asumaan palveluiden ja omaisten yhteisellä tuella kotona mahdollisimman pitkään. Tavoitteena on myös tukea asiakkaan ja tarvittaessa häntä hoitavan omaisen tai läheisen selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Kotihoito auttaa sairauden hoidossa, edesauttaa omien voimavarojen käyttöä sekä järjestää tarvittaessa tukipalveluja. (Sotesi 2012.)

3.3 Potku-hanke

Lausahdus ”Put patient in the driver’s seat” eli ”Potilas kuljettajan paikalle” (Potku) merkitsee uudenlaista ajattelua. Asiakkaiden tulee ymmärtää omien ratkaisujensa vaikutus sairauksiensa hoidossa ja ammattilaisen tulee ymmärtää, ettei hän ole määrääjä vaan kannustaja ja tukija. (Saarelma ym. 2010; Potkuhanke 2012.) Potku-hankkeen tavoitteena on terveyshyötymallin avulla kehittää pitkäaikaissairauksia sairastavan henkilön hoitoa ennaltaehkäiseväksi, suunnitelmalliseksi ja asiakaslähtöiseksi. Hankkeessa

painotetaan asiakkaan omaa aktiivisuutta, palveluiden kehittämistä, toimivaa tietojärjestelmää, päätöksentukea sekä yhteistyötä eri toimijoiden välillä. (Saspe 2011; Potkuhanke 2012.)

Potku-hanke on osa käynnissä olevaa Väli-Suomen Kaste-hanketta. Potku-hanke koostuu seitsemästä osahankkeesta. MaaliPotku on Sotesin, Vammalan aluesairaalan, Forssan seudun terveydenhuollon ja Riihimäen terveystieteiden kuntayhtymän yhteinen osahanke. Sotesi ja Vammalan aluesairaala ovat valinneet ensivaiheessa kehitettäväksi painopistealueeksi diabetes- ja mielenterveysasiakkaiden hoidon. Myös kolmannen sektorin kanssa tehtävää yhteistyötä tiivistetään. (Potkuhanke 2012.)

4 Kirjallisuuskatsaus

4.1 Omahaito

Omahoito on asiakkaan itse toteuttamaa hoitoa, jota suunnitellaan yhdessä ammattihenkilön kanssa. Ammattihenkilö kuuntelee asiakasta, ja sen jälkeen he yhdessä suunnittelevat juuri tälle asiakkaalle sopivan hoidon. Ammattihenkilö on niin sanottu valmentaja, ja hoito suunnitellaan asiakkaan elämäntilanteeseen sopivaksi. Omahoidossa asiakkaalla on autonomia, ja siinä painotetaan hänen ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokykyään. Asiakas ottaa itse vastuun omista ratkaisuksistaan. Hoidon tulee olla näyttöön perustuvaa. (Routasalo & Pitkälä 2009; Routasalo ym. 2010a.)

Omahoito tarkoittaa eri asiaa kuin itsehoito. Itsehoidossa asiakas hakee apua tilanteeseen ilman ammattihenkilön tukea. Itsehoidossa käytetään esimerkiksi luontaistuotteita ja muita ei-lääketieteellisiä hoitoja. Omahoidossa hoito räätyänsä ammattilaisen ja asiakkaan kanssa yhteistyössä, kun taas itsehoidossa se tehdään ilman ammattihenkilön apua. (Routasalo & Pitkälä 2009.)

4.1.1 Pitkäaikaissairauksia sairastavan henkilön hoito

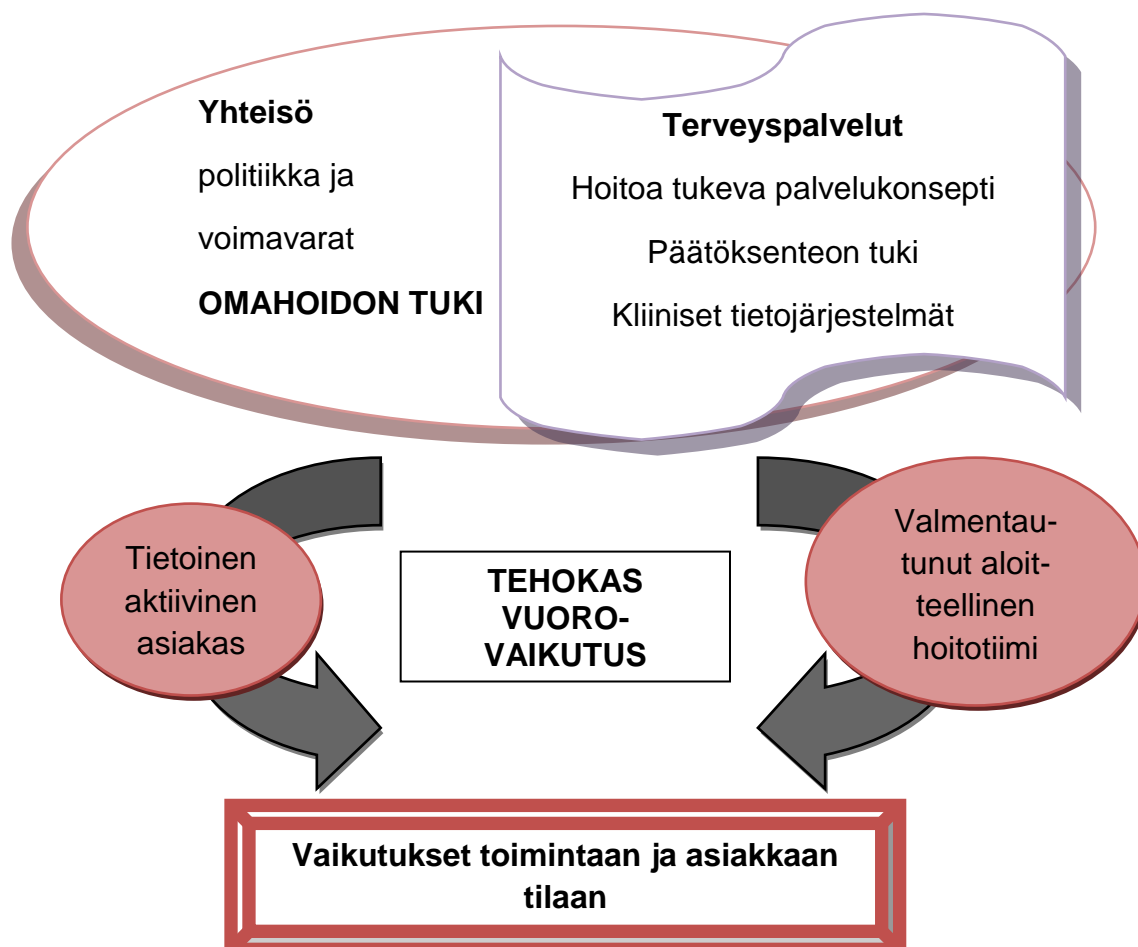
Pitkäaikaissairaiden määrä kasvaa, koska väestö ikääntyy ja yhä nuoremmat sairastuvat elämäntapasairauksiin. Yhä useampi sairastaa montaa eri sairautta,

ja samalla kasvaa yhtä aikaa käytettyjen lääkkeiden määrä. Nykyiset hoitosuositukset eivät ota kantaa asiakkaan usean sairauden hoitoon, vaan ne keskittyvät aina yhteen sairauteen kerrallaan. Koska hoitohenkilöstön aika ei tule riittämään yksittäisten hoitosuositusten toteuttamiseen, tulisi ottaa käyttöön malli, joka ottaa huomioon asiakkaan sekä hoitohenkilöstön moniammatillisuuden kokonaisuudessaan. (Saarelma ym. 2008.) Myös pitkäaikaissairaiden kiireellisten, akuuttien ongelmien hoito vie huomion suunnitelmalliselta pitkäaikaissairauksien hoidolta (Saarelma ym. 2008; 2010).

Pitkäaikaissairaiden hoidossa on oleellista se, miten asiakas hoitaa itse itseään. Tautikohtaisissa hoitosuosituksissa ei juuri ole kehitetty omahoidon hoitokäytäntöjä. Hoitosuosituksissa on yleensä vain maininta, että omahoito on tärkeää, mutta niissä ei tarkemmin selitetä, miten tulisi toimia. Myös hoidon kokonaisuuden järjestäminen jää taka-alalle. (Saarelma ym. 2008; 2010.)

Yhdysvaltalainen Wagner työryhmineen (1999) on kehittänyt hoitomallin, Chronic Care Model, jossa esiintyvät keskeiset asiat pitkäaikaissairaiden hoidosta (Kuvio 2). Suomessa puhutaan terveyshyötymallista ja se pohjautuu Chronic Care Modeliin. Hoitomallissa on olennaista se, että hoitoprosessi suunnitellaan pitkäaikaissairauksien näkökulmasta. Se perustuu omahoidon tukeen, suunnitelmalliseen palvelukonseptiin ja näitä tukeviin päätöksenteko- ja asiakastietojärjestelmiin. Asiakkaan omahoidon tukeminen on keskeisintä. Asiakas on aktiivinen osallistuja ja kantaa itse vastuuta hoidon onnistumisesta. Tärkeää on se, että asiakasta tuetaan hänen tarpeensa mukaan eikä häntä jätetä yksin. (Saarelma ym. 2008; 2010.) Kun asiakkaan ja hoitotiimin välillä on tehokasta vuorovaikutusta ja kun yhteisö, terveyspalvelut ja omahoidon tuki pelaavat, vaikutus näkyy asiakkaan toiminnassa ja tilassa (mukaillen Wagner ym. 1999).

PITKÄAIKAISSAIRAUKSIEN HOIDON RAKENNE



Kuvio 2. Pitkääikaissairauksien hoidon rakenne. (Mukaillen Wagner ym. 1999; The Chronic Care Model 2012.)

Hoitomallia ei voi ottaa heti käytäntöön, vaan se vaatii kehittämistä ja soveltamista eri työorganisaatioiden tarpeiden ja tapojen mukaan. Perinteisestä akuuttisairaanhoidosta painottavasta mallista terveyshyötymalliin siirtyminen edellyttää koulutusta ja uusien pelisääntöjen sopimista. Suomessa on meneillään monia tähän liittyviä kehittämishankkeita, muun muassa Helsingissä ja Espoossa. (Saarelma ym. 2008; 2010.)

4.1.2 Ammattihenkilölähtöisestä hoitosuhteesta asiakaslähtöisyyteen

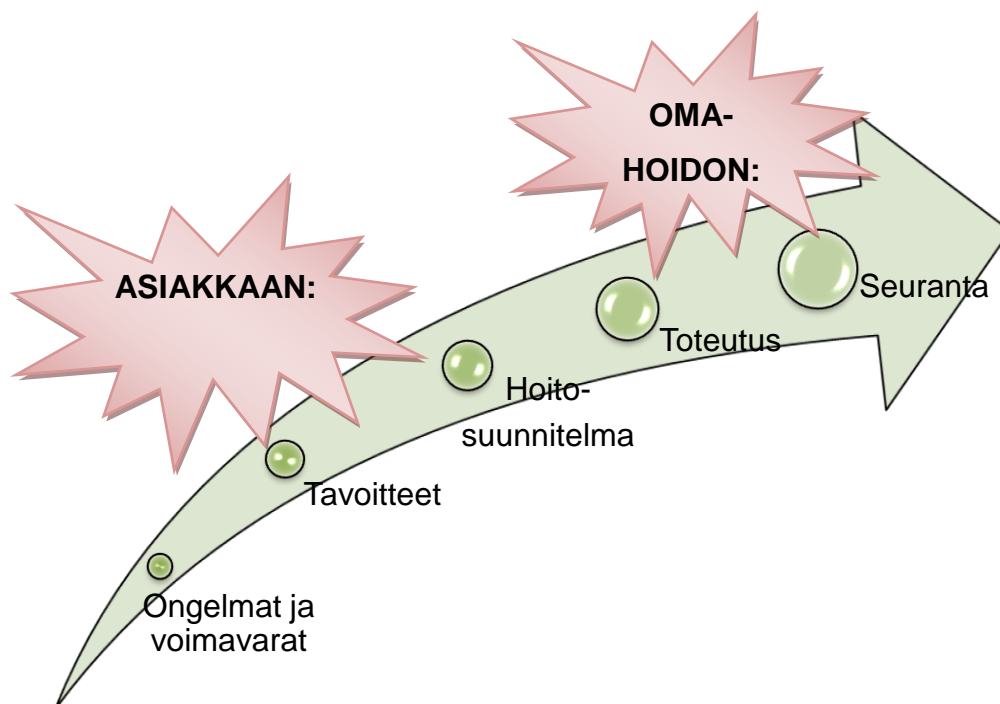
Ammattihenkilölähtöisessä auktoriteettisuhteessa ammattilainen suunnittelee hoidon asiakkaalle ja asiakkaalta edellytetään ohjeen noudattamista. Tällaisesta

hoitosuhteesta ollaan jo pääsemässä eroon. Nykyään puhutaan valmentajasuhteesta. Se on asiakaslähtöistä ja asiakkaan omahoitoa tukevaa. Asiakas ja ammattihenkilö ovat tasavertaisia yhteistyökumppaneita. (Routasalo ym. 2009; Routasalo & Pitkälä 2009; Routasalo ym. 2010a; Virtanen ym. 2011.) Ammattihenkilö ottaa selvää asiakkaan tilanteesta, ja he yhdessä räätälöivät sopivan hoidon. He keskustelevat yhdessä, mitä juuri tämä asiakas toivoo ja millaiseen muutokseen hänellä riittää voimavaroja ja halua. Omahoito vaatii asiakkaalta valmiutta ottaa vastuuta sekä tietoisuutta hoidon tavoitteista ja keinoista niiden saavuttamiseksi. Asiakkaan tulee uskoa omiin voimiinsa ja pystyvyyteensä. (Routasalo ym. 2009; Routasalo & Pitkälä 2009; Routasalo ym. 2010a.)

Siirtyminen ammattihenkilölähtöisestä hoitosuhteesta asiakaslähtöisyyteen vaatii ammattilaisiltakin asennemuutosta (Dowell ym. 2007; Routasalo ym. 2009; 2010b; Virtanen ym. 2011). Perinteinen asiakasopetus tarjoaa tietoa ja teknisiä taitoja, mutta omahoitoon painottuva valmentajasuhde painottaa ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoja. Valmentajasuhteessa asiakkaan ymmärtäminen vaatii kuuntelemista ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Ammattihenkilön pitää olla valmiina myös asiakkaan muuttuvaan rooliin. Asiakkaalle annetaan valta päättää omasta hoidostaan. (Dowell ym. 2007; Routasalo ym. 2009; 2010b.) Hyvään hoitotulokseen esimerkiksi diabetesta sairastavan hoidossa päästään, kun hoitotyön malliin otetaan asiakkaan näkökulma ja hänen kokemuksensa (George & Thomas 2010).

4.1.3 Omahoidon prosessi

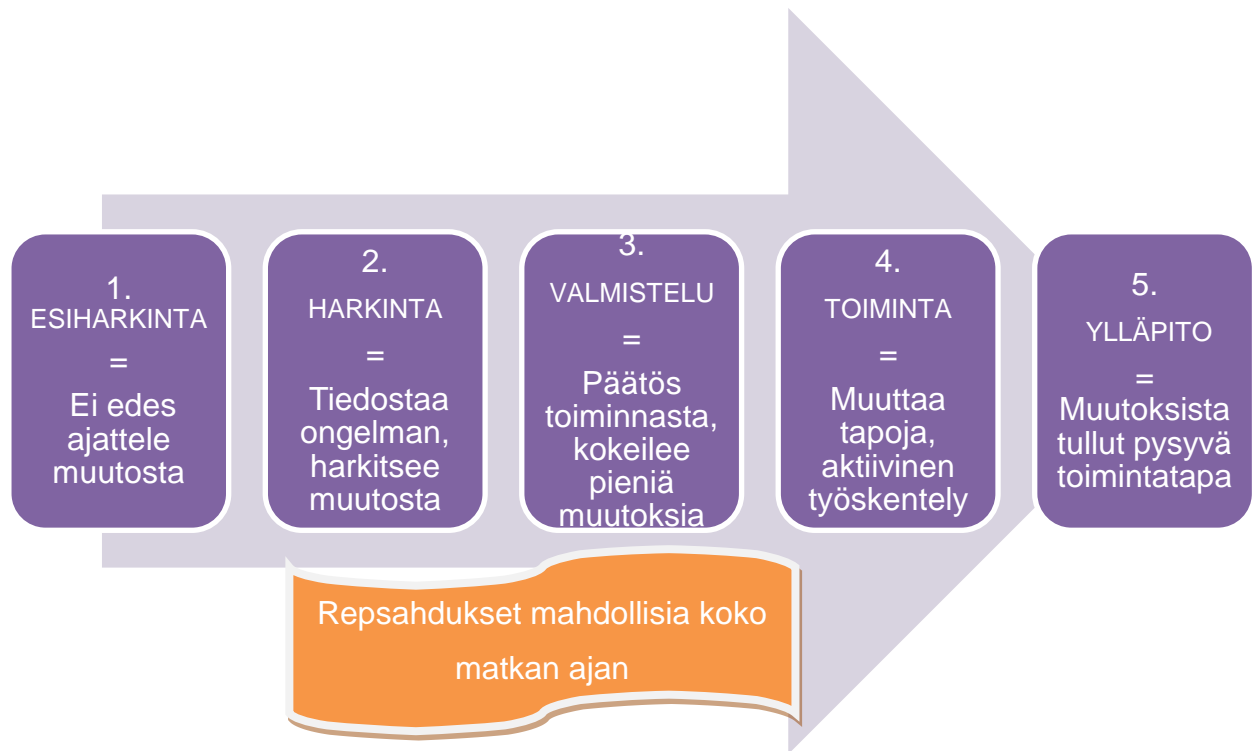
Kun asiakkaalla on pitkäaikaissairaus, omahoidon prosessiin liittyy hoitoa, seuranta ja arviointia (Routasalo ym. 2009). Omahoitoa voi kuvailla kuvion 3 osoittamana prosessina (mukaillen Routasalo & Pitkälä 2009).



Kuvio 3. Omahoidon prosessi. (Mukaillen Routasalo & Pitkälä 2009.)

Kun asiakas kuvaa sairastumistaan ja omia tuntemuksiaan, ammattihenkilö saa tietoa asiakkaan sairauden aiheuttamasta tilanteesta sekä asiakkaan elintavoista ja voimavaroista. Tarvittaessa ammattihenkilö kyselee lisää eli **kartoittaa ongelmat ja voimavarat** omahoidon toteuttamiseen ja näin luodaan lähtökohta juuri tämän asiakkaan hoidolle. (Routasalo ym. 2009.)

Asiakkaan valmiutta omahoidon toteuttamiseen voidaan havainnollistaa muutosvaihemallin avulla (Routasalo ym. 2009). Prochaska kollegoineen kehitti transteoreettisen muutosvaihemallin 1980-luvulla. Mallia on vuosien varrella hiottu. Siinä on viisi vaihetta, jotka kuvaavat asiakkaan valmiutta muutokseen (Kuvio 4). (Prochaska ym. 1994.)



Kuvio 4. Muutosvaihemalli. (Prochaska ym. 1994.)

Esiharkintavaiheessa henkilö ei ole edes ajatellut muutosta ainakaan seuraavaan kuuteen kuukauteen eikä tiedosta muutostarvetta. Tässä vaiheessa ei välttämättä uskota omiin mahdollisuuksiin ja ongelmaa voidaan vähätellä. Toisessa, harkintavaiheessa, tiedostetaan jo ongelma ja harkitaan mahdollista muutosta. Kolmannessa vaiheessa muutos koetaan jo tarpeelliseksi ja ajatellaan tosissaan, että muutosta kannattaa yrittää. Henkilö voi tehdä jo uusien toimintatapojen kokeilua, ja hän etsii apua ja tukea. (Prochaska ym. 1994; Epshp 2006.)

Neljäs vaihe on aktiivista toimintaa, tapojen muuttamista. Tässä tilanteessa vaaditaan paljon voimavaroja, jotta henkilö oppii uuteen toimintatapaan. Viimeinen vaihe on niin sanottu ylläpitovaihe. Siinä uutta elämäntapaa on toteutettu yli kuusi kuukautta, siitä on tullut pysyvä tapa. Muutoksen pitäminen voi olla joissain tilanteissa vaikeaa ja houkutus repsahtaa entiseen on suuri. Siksi suositellaankin, että tässä vaiheessa oleva keskustelee luottohenkilöiden kanssa ja viettää aikaa sellaisten ihmisten kanssa, jotka noudattavat terveellisiä elintapoja. (Prochaska ym. 1994; Epshp 2006.)

Vaiheet eivät välttämättä tapahdu juuri mainitussa järjestyksessä ja koko prosessin aikana voi tapahtua repsahduksia eli palataan entiseen tapaan. Silloin voidaan tuntea häpeää ja syyttää itseä. Repsahdukset kuuluvat muutokseen, mikä on normaalia. Tästä on se hyöty, että opitaan tunnistamaan omaa käyttäytymistä sekä voittamaan vaikeuksia. (Epshep 2006; Routasalo ym. 2009.)

Omahoidon prosessissa ongelmien ja voimavarojen tunnistamisen jälkeen asiakas luo itselleen **tavoitteet**. Siinä on mukana ammattihenkilö. Tavoitteiden tulee olla realistiset. Motivaatio tavoitteiden saavuttamiseksi lisääntyy, kun asiakas on itse ollut niitä laatimassa. Ammattihenkilö opastaa saavuttamaan pieniä osatavoitteita, joilla pyritään päämäärään. Tavoitteiden pohjalta tehdään **hoitosuunnitelma**. Siinä otetaan huomioon asiakkaan elämäntilanne ja muutosvalmius omahoitoon. Hoitosuunnitelmaa tehdään kaksi kappaletta. Toisen saa asiakas ja toinen jää hoitavaan yksikköön. Suunnitelmaan kirjataan pitkäaikaissairauden hoito, elintapamuutokset sekä esimerkiksi se, miten asiakas käsittelee sairauden aiheuttamia tunteita. (Routasalo ym. 2009; Routasalo & Pitkälä 2009.)

Prosessin **toteutus**-osassa asiakas toimii itsenäisesti tehdyn hoitosuunnitelman pohjalta. Hän ratkaisee ongelmia, joita arjessa tulee vastaan ja tekee itse hoitoon liittyviä päätöksiä. Jos asiakkaalla on sellainen tunne, ettei hän pysty tai uskalla tehdä ratkaisuja, ammattihenkilö voi valmentaa häntä päätöksenteossa sekä vastuun ottamisessa hoidostaan. (Routasalo & Pitkälä 2009.)

Omahoidon tukemisen keskeisiä käsitteitä ovat voimaantuminen, autonomia, motivaatio ja pystyvyyden tunne (Bodenheimer ym. 2002; Lorig & Holman 2003; Dowell ym. 2007). Voimaantuminen tarkoittaa monimuotoista prosessia, jonka tuloksena asiakas pystyy tekemään päätöksiä ja ottamaan vastuuta hoidon toteutuksesta (WHO 1998). Ammattihenkilö tukee häntä tässä prosessissa (Routasalo ym. 2009). Voimaantumista tukee se, että ollaan asiakkaan rinnalla silloin, kun hän tarvitsee tukea ja apua (Brown ym. 2006; Routasalo & Pitkälä 2009). Ammattihenkilö on vierellä kulkija ja valmentaja, ja hänen tulee kuulla asiakasta (Routasalo & Pitkälä 2009). Voimaantuessaan asiakas ottaa

tilanteensa haltuun, ja hän pystyy miettimään elämäänsä eteenpäin sekä saa voimavaroja tilanteensa hallintaan (Routasalo ym. 2009).

Autonomia-käsite tarkoittaa sitä, että asiakas pystyy itse päättämään, miten hän haluaa toimia. Kriittinen pohdinta ohjaa päätöksiä ja toimintaa. Jotta autonomia toteutuu, asiakkaan on saatava tehdä päätökset ilman ulkopuolista kontrollia. (Ballou 1998.) Ammattihenkilön tulee kunnioittaa asiakkaan päätöksiä, vaikka ne eivät ammattilaisen mieleen olisikaan. Päätökset voivat olla jopa ristiriidassa näyttöön perustuvan hoidon kanssa, mutta autonomiaa tulee silti tukea. Toiminta on autonomista silloin, kun asiakas kokee toimivansa oman tahtonsa ja valintojensa mukaan. (Routasalo & Pitkälä 2009; Routasalo ym. 2010a.)

Motivaatio syntyy asiakkaan omasta tahdosta. Siihen vaikuttavat aikaisemmat kokemukset ja onnistumiset. (Pitkälä ym. 2005.) Motivoiva haastattelu on asiakaslähtöinen keskustelutapa, jonka tavoitteena on vahvistaa asiakkaan motivaatiota ja lisätä muutoshalukkuutta. Siinä ymmärretään asiakkaan näkemys sekä kuunnellaan ja ilmaistaan empatiaa. Väittelyä ja syyllistämistä ei harjoiteta, vaan myötäilläään asiakkaan mahdollista vastarintaa, tuetaan häntä ja annetaan myönteistä palautetta. Motivoiva haastattelu lisää asiakkaan tietoisuutta, hallinnan tunnetta ja auttaa päätöksenteossa. Nämä kaikki edistävät muutosprosessia. (Miller & Rollnick 1991; Dunn ym. 2001; Markland ym. 2005.)

Pystyvyyden tunne saavutetaan, kun asiakas luottaa omiin kykyihinsä ja pystyy ottamaan sairauden mukanaan tuoman uuden tilanteen hallintaansa (Routasalo ym. 2009). Pystyvyyden tunteen saavuttamisen tärkeimmät tekijät ovat omalla aktiivisella toiminnalla saatu kokemus sekä havainnoimalla saatu kokemus (Holman & Lorig 2004).

Omahoidon prosessin viides vaihe on **seuranta**. Seurannan keinot sovitaan yhdessä asiakkaan kanssa. Keinona voi esimerkiksi käyttää päiväkirjaa. Sen pohjalta käydään keskustelua. Seuranta kohdistuu asiakkaan elämänlaatuun ja toimintakykyyn, ja niitä voidaan arvioida havainnoimalla, mittaamalla sekä kuuntelemalla asiakkaan näkemystä. (Routasalo & Pitkälä 2009.)

4.2 Diabetesta sairastavan iäkkään elintavat

Diabetes on pitkäaikaissairaus, jossa haima ei tuota insuliinia tarpeeksi tai ollenkaan tai insuliini vaikuttaa elimistössä puutteellisesti. Diabeteksen kaksi päämuotoa ovat tyypin 1 diabetes ja tyypin 2 diabetes. Tyypin 2 diabetekseen sairastutaan yleensä yli 40-vuotiaana. Ennen on puhuttu aikuistyyppin diabeteksestä. Sairaus on usein pitkän aikaa oireeton. Siksi se voi kehittyä hitaasti jopa vuosien ajan. Se todetaan verensokerin mittauksella. Hoitona tyypin 2 diabeteksessa on painonhallinta liikunnan ja ruokavalion avulla ja tarvittaessa lääkehoito. Lisäsairauksien ehkäisemiseksi hoidetaan verenpainetta ja veren rasvoja. (Diabetesliitto 2012.)

Diabetes lisääntyy Suomessa (Koski ym. 2009). Tällä hetkellä tyypin 2 diabetekseen sairastuneita on noin 250 000 (diagnosoitu) ja lisäksi noin 200 000 sairastaa sitä tietämättään (Diabetesliitto 2012). Pääosa, noin 75 %, sairastuneista on perusterveydenhuollon vastuulla (Lyytinen 2011).

4.2.1 Ravitsemus

Ihmisen ikääntyessä ravitsemus muuttuu. Ikääntyessä liikkuminen vähenee, aineenvaihdunnan taso laskee ja ruokahalu pienenee, koska ihmisessä tapahtuu fysiologisia muutoksia sekä tulee sairauksia. Energian tarve pienenee, kun liikunta vähenee, mutta ravintoaineiden tarve ei pienene. Tärkeää on etenkin proteiinin sekä vitamiinien (varsinkin D-vitamiini) ja hivenaineiden saanti. (Suominen 2009; 2010; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.) Nesteiden saanti voi olla liian vähäistä varsinkin kesällä ja sairastaessa (Suominen 2009; 2010).

Ikääntyessä sekä sairauksien myötä ravitsemustila heikkenee. Varsinkin yli 80-vuotiailla ravitsemuksen suuria riskejä ovat liian vähäinen proteiinin saanti, haurastuminen ja laihtuminen. Tässä ikäryhmässä painonnousu tai ylipaino ei ole suuri riski. (Suominen 2009; 2010.) Ikääntyneen paino ei välttämättä laske, ja silti ravitsemustila voi olla huono (Suominen ym. 2009; Suominen 2010).

Painon lasku ja virheravitseminen ovat terveyshaittoja, joihin tulee puuttua nopeasti (Suominen 2010). Ravitsemustilan heikkeneminen johtaa noidankehään: laihtuminen, lihaskato, toimintakyvyn heikkeneminen sekä sairastavuus ja terveystalveluiden lisääntynyt käyttö (Suominen 2009; 2010). Etenkin proteiinin puute voi johtaa tulehduksiin (Suominen 2010) ja hoitamaton virheravitseminen voi johtaa kuolemaan (Rolland ym. 2006).

lökkään ravitsemustilaa tulee arvioida säännöllisesti. Punnitusta suositellaan kerran kuukaudessa ja ravitsemuksen arvioinnissa voidaan käyttää myös ravitsemustilan arviointiin tarkoitettua MNA-testiä. lökkäiden diabetesta sairastavien henkilöiden on tärkeää ruokailla useita kertoja päivässä. Ateriat voivat olla pieniä, ja niiden tulee jakautua tasaisesti koko päivälle. (Suominen 2009; 2010; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

4.2.2 Painonhallinta ja liikunta

Ylipaino heikentää lökkään terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. lökkäiden, yli 70-vuotiaiden kuolleisuus ei kuitenkaan lisäännä, vaikka painoindeksi ilmoittaa lihavuudesta. Laihdutus ei ole lökkäillä tavoiteltavaa. Ruokailu- ja liikuntatottumusten muuttaminen terveelliseksi riittää. (Fogelholm 2006.)

Painoindeksi kertoo rasvan- ja lihaskudoksen määrästä ja vyötärönympärys rasvan määrästä (Fogelholm 2006). Muun muassa Kanadassa on tutkittu painoindeksin ja vyötärönympärysmittan vaikutusta kuolleisuuteen. Vyötärönympäryslihavuus ennusti suurempaa kuolleisuutta yli 65-vuotialla kuin painoindeksillä arvioitu kuolleisuus. (Janssen ym. 2005.) Vaikka painoindeksillä arvioitu lihavuus ei lisää lökkäiden kuolleisuutta, se heikentää kuitenkin terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua (Fogelholm 2006).

Painon kertymistä tulee hillitä, mutta varsinkin yli 70-vuotiaiden laihduttamiseen tulee suhtautua kriittisesti, koska lökkäiden ja diabetesta sairastavien henkilöiden turvallisesta laihduttamisesta ja sen hyödyistä ei ole riittävästi luotettavaa tietoa. lökkäät menettävät esimerkiksi helposti lihasmassaa ja näin laihduttaminen lisää terveydellisiä riskejä. (Fogelholm 2006.)

Diabetesta sairastaville iäkkäille tulee korostaa liikunnan merkitystä. Fyysistä toimintakykyä voi ylläpitää lihasvoimaharjoittelulla. Tavallisen päiväkävelyn rinnalla lihavan iäkkään tulisi käydä kuntosalilla kerran tai kaksi kertaa viikossa. (Fogelholm 2006.) WHO:n maailmanlaajuisen terveysliikunnan suosituksen mukaan kaikkien iäkkäiden tulisi käydä kuntosalilla ainakin kaksi kertaa viikossa. Säännöllisestä liikunnasta on apua toimintakyvyn ylläpitämisen lisäksi sairauksien ehkäisyssä. (WHO 2010.) Fogelholm (2006) olettaa, että säännöllinen liikunta hyödyttää lihavan terveyttä jopa enemmän kuin normaalipainoisen.

Iäkkään tulisi harrastaa liikuntaa samassa määrin kuin muunkin aikuisväestön. Kestävyyskuntoa tulisi harrastaa kävellen yli kaksi tuntia viikossa tai juosten yli tunti viikossa ja lisäksi lihaskuntoharjoitusta sekä tarvittaessa tasapainoharjoituksia. Liikunnan harjoittaminen tapahtuu yksilöllisesti terveystilanteen, -rajoitteiden ja -riskien mukaan. (WHO 2010.)

4.2.3 Tupakointi ja alkoholi

Eläkeikäisten miesten tupakointi on vähentynyt 1980-luvulta vuoteen 2009 ja yli 70-vuotiailla vähentyminen on ollut voimakkaampaa kuin nuoremmilla. Naisten osuus on pysynyt matalalla, mutta kuitenkin lisääntynyt hieman 65–69-vuotiailla. Naimisissa olevat ja lesket tupakoivat vähemmän kuin naimattomat ja eronneet. (Laitalainen ym. 2010a.) Koulutusryhmän mukaan katsottuna tupakointitavoissa ei ollut eroavaisuuksia (Laitalainen ym. 2010b).

Veren alkoholipitoisuus nousee iäkkäillä ihmisillä elimistön kuivumisen ja rasvoittumisen takia enemmän kuin työikäisillä. Tämän vuoksi iäkkäisiin ihmisiin ei voi soveltaa työikäisten alkoholinkäytön suurkulutusrajoja. (Vertio ym. 2007.) Suomessa on otettu käyttöön yhdysvaltalainen suositus, jonka mukaan yli 65-vuotias ei saa kerralla ottaa yli kahta ravintola-annosta eikä viikossa yli seitsemää (Juhela 2007; Vertio ym. 2007).

Raittiiden eläkeläisten osuus on vähentynyt vuodesta 1985 vuoteen 2009. Vähintään kerran viikossa juovien miesten ja naisten osuus on kasvanut selvästi. Vähintään kerran viikossa juovien osuus on suurimmillaan korkeasti

koulutetuilla ja 65–69-vuotiailla. Vähintään kahdeksan annosta viikossa ottavien 65–79-vuotiaiden miesten määrä ja vähintään viisi annosta viikossa ottavien 65–74-vuotiaiden naisten määrä on lisääntynyt. (Laitalainen ym. 2010a.)

Alkoholin käyttöä tulisi arvioida kaikilta terveydenhuollon asiakkailta. Riskikäyttöön puuttuminen vähentää kaikenikäisten haittoja, myös iäkkäiden. Jos alkoholin riskit osoittautuvat vähäisiksi, iäkäskin voi ottaa lasillisen silloin tällöin. (Vertio ym. 2007.)

4.2.4 Mielenterveys

Suomalaisten ikääntyneiden yksinäisyys on yleistä. Siitä kärsii toisinaan 34 % ja jatkuvasti 5 %. Tärkeimmiksi yksinäisyyden syiksi koettiin puolison kuolema, oma sairaus, heikentynyt toimintakyky ja ystävien vähyys. (Routasalo ym. 2005.) Sosiaalisilla suhteilla onkin suuri merkitys ikääntyneiden hyvinvoinnille ja terveydelle (Nummela 2009).

lääkäät kokevat myös yleistä turvattomuutta. Savikko ym. (2006) ovat todenneet tutkimuksessaan, että 9 % 75 vuotta täyttäneistä koki turvattomuutta ja siihen oli yhteydessä heikompiosaisuus, naissukupuoli, sairastaminen ja toimintakyvyn heikkeneminen. Turvattomuus oli yhteydessä koettuun yksinäisyyteen, sosiaaliseen eristäytyneisyyteen ja heikentyneeseen psyykkiseen hyvinvointiin.

Masennusoireet ovat tavallisia iäkkäillä, mutta vain osa valittaa suoraan oireita. Masennukseen liittyy usein huoli somaattisesta terveydestä. Masennukselle altistaa sosiaalisen turvaverkon vajavuus. Masennuksen hoidon tulisi olla iäkkään itsetuntoa tukevaa ja voimavaroja kunnioittavaa. Varsinkin moniongelmaisia iäkkäitä hoidettaessa on perusteltavaa rakentaa yhteistyöverkkoa mahdollisemman hyvän hoidon takaamiseksi. (Saarela 2004.)

4.3 Diabetesta sairastavan omahoito ja sen tukeminen

Diabetesta sairastavan hoito on pitkälti omahoitoa. Henkilö tekee joka päivä itsenäisiä ratkaisuja, jotka vaikuttavat sairauteen ja hoidon kulkuun. Diabetesta sairastavat tarvitsevat paljon terveydenhuollon tukea ja neuvoa. Hyvän hoitotuloksen saavuttaminen edellyttää, että henkilö osallistuu hoitonsa

suunnitteluun ja noudattaa yhteisesti sovittuja periaatteita omahoidossaan. Jotta sairauden kanssa selviää, olisi hyvä luoda jatkuva hoitosuhde. Diabetesta sairastavalle henkilölle kerrotaan myös, mihin hän tarvittaessa ottaa yhteyttä. Epätietoisuus hämmentää ja heikentää hoitoon sitoutumista. (Lyytinen 2011.)

Hoidon kanssa ei tarvitse jäädä yksin. Sairastuminen tuo elämään uusia ihmisiä. Vertaistuki helpottaa kokemusten jakamista. Vertaisten kanssa voi vaihtaa ajatuksia sairaudesta, hoidosta ja ongelmatilanteista. Ylitsepääsemättömät ongelmat voivat olla hyvinkin ratkaistavissa. (Marttila 2009.) Esimerkiksi Deakin ym. (2009) ovat todenneet, että ryhmäohjauksessa olleilla verensokeriarvot paranivat ja muun muassa voimaantuminen lisääntyi. Vertaisten lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat tuoda uutta näkökulmaa omahoitoon. Läheinen tukiverkosto, ystävät ja perhe ovat myös tärkeä tuki. (Marttila 2009.) Perheen tuen merkitys tuli esille Wellardin ym. (2008) tekemässä tutkimuksessa, jossa todetaan, että perhe vaikuttaa esimerkiksi siihen, miten asiakkaat ruokailevat tai harrastavat liikuntaa.

Suomessa on ollut toiminnassa Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010), jossa tavoitteena oli diabetesta sairastavan henkilön omahoidon tukeminen sekä se, että he hallitsevat omahoidon. DEHKO tuotti omahoidon tuki- ja opasmateriaaleja, ryhmäohjausmalleja ja omahoidon työkaluja. Oppaat käsittelevät muun muassa hoidon tukemista kuntoutuksen näkökulmasta. Ryhmäohjausmalli kehitettiin hoidonohjauksen laadun ja vertaistuen tukemiseksi. Omahoidon työkaluissa selvennettiin muun muassa diabetesta sairastavan oikeuksia ja vastuuta ja kehitettiin opas, joka sisältää suositukset verensokerin omaseurannan tehostamiseksi. (Bierganns 2011.)

Suomessa on kehitetty omahoidon ohjelmia ja diabetesta sairastavan hoitoa tukevaa toimintaa useassa eri kunnassa ja kuntayhtymässä. Oulun Omahoitohanke oli käynnissä vuosina 2006–2009. Siinä luotiin sähköinen omahoitopalvelu asiakkaiden ja ammattihenkilökunnan käyttöön. (Kanto & Hirvasniemi 2009; Angeria ym. 2011.)

Nuotta-hankkeen tavoitteena oli luoda uusi toimintamalli, joka edistää huonossa hoitotasapainossa olevien pitkäaikaissairaiden nykyistä parempaa sitoutumista omaan hoitoonsa. Nuotta-toimintamalli pilotoitiin Jyväskylän, Kotkan ja Nurmijärven terveyskeskuksissa 2007–2008. Toimintamallissa asiakas otettiin osaksi hoitoa ja keskityttiin henkilökunnan kouluttamiseen. Hoitaja kutsui tietyt kriteerit täyttävän diabetesta sairastavan henkilön vastaanotolle. Siellä käytiin läpi asiakkaan elämäntilanne ja voimavarat elämäntapamuutokseen ja lopuksi laadittiin hoidon tavoitesopimus. Henkilökunnalle järjestettiin koulutusta muun muassa motivoivasta haastattelusta ja hoidon ohjauksen psykologisista keinoista. Hankkeen tuloksena osa asiakkaista kiinnittyi hankkeen aikana hoitoonsa hyvin, ja henkilökunta koki entistä tärkeämmäksi vaikuttaa asiakkaiden omahoitoon sitoutumiseen. Myös usko terveyserojen kaventamiseen lisääntyi. (Koski ym. 2009.)

Espoossa toteutettiin Omahoitohanke vuosina 2005–2010. Tavoitteena oli muun muassa yhtenäistää ja parantaa perusterveydenhuollon pitkäaikaissairauksien hoitoprosessia, jotta asiakas saa hyvää hoitoa ja tukea omatoimiseen hoitoon. Omahoidon tukipalveluiksi kehitettiin ryhmätoimintaa, omahoitopisteitä ja verkkosivuja. (Espoon omahoitohanke 2012.) Omahoitosivuilla on kerätty tietoa, joka auttaa asiakasta arvioimaan terveyttään ja sairausriskejään sekä pitämään huolta terveydestään. Omahoitosivuilla on tietoa terveydestä ja omahoidosta, ja sieltä löytyy myös tietoa siitä, mistä asiakas saa apua ja lisätukea. Sivuilla on linkki Terveyskirjastoon sekä testejä, joilla pystyy testaamaan elämäntapojaan ja sairastumisriskejään. Lisäksi omilla pankkitunnuksilla pääsee Terveyskansioon, jossa voi asioida oman lääkärin tai hoitajan kanssa ja seurata omaa hoitosuunnitelmaansa. (Omahoitohanke 2010.)

5 Projektiorganisaation toiminta

Projektipäällikkö

Projektipäällikön tehtävänä on vastata projektin suunnittelusta, seurannasta, tiedottamisesta, arvioinnista ja raportoinnista (Silfverberg 2005). Tässä kehittämisprojektissa projektipäällikkönä toimi tämän raportin kirjoittaja. Projektipäällikkö pyrki toimimaan vastuullisesti ja muita huomioon ottaen koko projektin ajan.

Projektipäälliköllä oli päävastuu projektin etenemisestä. Ohjausryhmä, projektiryhmä, työelämämentori sekä ohjaava opettaja toimivat tukena ja kannustajina. Tuki ja kannustus tapahtuivat projektikokouksissa, sähköpostitse sekä henkilökohtaisissa ohjaustilanteissa. Projektipäällikkö piti projektikansiota, josta näkyi tiedot kokousten sisällöstä ja suunnitelmista. Lisäksi projektipäällikkö piti tutkimuspäiväkirjaa kehittämisprojektin etenemisestä ja omaa henkilökohtaista päiväkirjaa omasta oppimisestaan.

Ohjausryhmä

Ohjausryhmän tehtävänä on valvoa projektin etenemistä ja tuloksia (Silfverberg 2005). Tässä kehittämisprojektissa ohjausryhmään kuuluivat vt. kuntayhtymän johtaja, johtava ylilääkäri ja kehittämisprojektin ohjaava opettaja. Ohjausryhmä tapasi ensimmäisen kerran joulukuussa 2011, kun projektisuunnitelma oli valmis. Ohjausryhmä otti kantaa projektisuunnitelmaan ja kannusti eteenpäin. Lisäksi projektipäällikkö oli yhteydessä ohjausryhmään kevään 2012 aikana sähköpostitse tiedottaakseen projektin etenemisestä.

Projektiryhmä

Projektiryhmään kuului työelämämentori, kotihoidon ohjaaja ja omahoidon organisoimisesta vastaava henkilö aikuisvastaanotosta neuvolasta. Projektiryhmä tapasi ensimmäisen kerran joulukuussa projektisuunnitelman valmistumisen jälkeen. Projektipäällikkö oli kevään 2012 aikana sähköpostitse yhteydessä koko projektiryhmään. Projektiryhmä tuki eniten projektisuunnitelman muokkauksessa. Ryhmä korosti projektin tarkoituksen

tärkeyttä. Heidän ehdotuksesta soveltavan tutkimuksen osassa kiinnitettiin huomiota siihen, miten kotihoidon hoitajat näkivät omahoitolomakkeen työvälineenä ja miten sen avulla pystyi tukemaan ja kannustamaan asiakasta omahoitoon. Projektiryhmä toimi prosessin ajan henkisenä tukena. Projektiryhmä kannusti projektipäällikköä ja auttoi tarpeen vaatiessa. Projektipäällikkö teki yhteistyötä koko prosessin ajan myös työelämentorin ja kotihoidon ohjaajan kanssa tapaamisten muodossa sekä sähköpostitse. Kotihoidon ohjaaja toimi hyvänä tiedonvälittäjänä työyksikköön.

6 Projektin toteutus

6.1 Omahoitolomakkeen työstäminen

Kehittämiprojektin soveltavan tutkimuksen osassa muokattu omahoitolomake testattiin kotihoidon asiakkaille, ja täyttämisen yhteydessä he saivat kommentoida lomakkeen sisältöä. Lisäksi tietoa lomakkeesta kerättiin kotihoidon hoitajien haastatteluilla.

Soveltavan tutkimuksen osa alkoi Sotesissa jo käytössä olevan omahoitolomakkeen muokkauksella. Lomake oli käytössä neuvola- ja lääkärint vastaanottotoiminnassa, mutta se ei ollut sopiva kotihoidon työvälineeksi siinä muodossa. Lomake käsitteli useita somaattisia sairauksia, se oli liian pitkä kotihoidon asiakkaille ja siinä oli lääkelista käytössä olevista lääkkeistä, joka kotihoidon asiakkaille päivitetään säännöllisesti asiakastietojärjestelmään.

Omahoitolomakkeen työstämisen vaiheita ja käytännön järjestelyitä on kuvattu kuviossa 5.

1. Omahoitolomakkeen muokkaus	• Lomakkeen muokkaus kirjallisuuden ja tutkimusten perusteella
2. Esittely	• Lomakkeen esittely Potku-hankkeen tiimille ja projektiryhmälle
3. Muutosehdotusten työstäminen	• Tehtiin lomakkeeseen Potku-hankkeen tiimin ehdottamat muutokset
4. Kriteerit	• Lomakkeen täyttävien asiakkaiden kriteerit
5. Tiedotus hoitajille	• Kertausta omahoidosta. Lomakkeen täyttämiseen, palauttamiseen ja haastatteluihin liittyvät asiat.
6. Testaus	• Lomakkeet asiakkaille täytettäväksi

Kuvio 5. Prosessi omahoitolomakkeen työstämisen vaiheista ja käytännön järjestelyistä.

Omahoitolomakkeeseen tehtiin muutoksia iäkkääseen ihmiseen ja diabetekseen liittyvän kirjallisuuden ja tutkimusten perusteella. Lomakkeen tekstiä muokattiin helppoon muotoon ja väittämiä yksinkertaistettiin. Painonhallinnan kysymyksiä muokattiin. Keskityttiin kysymään sitä, oliko painossa tapahtunut muutoksia. Laihtumisen mahdollisuus otettiin huomioon. Mielen hyvinvoinnissa lisättiin kysymykset yksinäisyydestä ja turvattomuudesta.

Omahoitolomakkeen testaus suunnattiin monisairaille ja erityisesti diabetesta sairastaville asiakkaille. Tämän vuoksi lomakkeen kysymykset muokattiin koskemaan pääasiassa vain diabetesta sairastavia asiakkaita (Kuvio 6).



Kuvio 6. Muokatun omahoitolomakkeen sisältö pääpiirteittäin.

Omahoitolomakkeessa oli neljä laajempaa kokonaisuutta. Ensimmäinen osa koski elämäntapoja ja hyvinvointia. Siinä kysyttiin ruokailuun, painonhallintaan ja liikuntaan liittyviä asioita. Lisäksi oli kysymyksiä tupakoinnista ja alkoholista sekä mielen hyvinvointiin liittyvistä asioista. Toisessa osassa kysyttiin sairauksiin liittyviä asioita. Siinä oli kysymyksiä muun muassa lääkehoidon toteutumisesta, verenpaine- ja kolesteroliarvoista sekä ihon ja jalkojen hoidosta.

Kolmannessa osassa keskityttiin omahoidon arviointiin. Siinä tarkasteltiin asiakkaan arvioita omahoidon tilasta, mitkä asiat omahoitoa mahdollisesti haittaavat tai estävät. Neljännessä osassa mietittiin sitä, miten omahoitoa voi tehostaa. Siinä tuli määritellä konkreettinen asia mitä tavoitteli, miten tavoite saavutettiin ja miten asiakas itse siitä hyötyi.

Muokatussa omahoitolomakkeessa kysyttiin lopuksi lomaketta testaavien asiakkaiden mielipiteitä omahoitolomakkeesta ja sen toimivuudesta. Siinä kysyttiin miten lomakkeen täyttäminen oli onnistunut, olivatko kysymykset

ymmärrettäviä, mitä lomakkeesta tulisi muuttaa, jäikö jotain olennaista kysymättä sekä yleistä mielipidettä omahoitolomakkeesta.

Muokattu omahoitolomake esiteltiin Sotesissa Potku-hankkeen tiimille sekä projektiryhmälle. Potku-tiimin kanssa käytiin keskustelua lähinnä lomakkeen pituudesta. Projektipäällikkö kertoi, että lomaketta on jo nyt lyhennetty, joten päätettiin jäädä odottamaan testiryhmän kommentteja. Lomakkeen ensimmäisellä sivulla olevaa alustusta kuitenkin muokattiin ja hieman lyhennettiin.

Joulukuussa 2011 projektipäällikkö toimitti kotihoidon ohjaajalle sähköpostitse kriteerit, joiden mukaan omahoitolomakkeen täyttävät asiakkaat valittiin. Kriteerit luotiin kirjallisuuden ja tutkimusten perusteella, projektipäällikön oman näkemyksen mukaan sekä työelämämentorin ja projektipäällikön keskustelujen pohjalta.

Kriteerit olivat seuraavat:

- Lääkehoitoinen diabetes (joko tabletti tai insuliini)
- Monisairas (eli diabeteksen lisäksi ainakin yksi muu sairaus, kuten sydänperäinen sairaus, astma, tuki- ja liikuntaelinsairauksia). Muistisairaat suljettiin pois tästä projektista.
- Ikä 70 vuotta tai yli
- Asiakas pystyi itse hoitamaan jollakin tavalla lääkehoitonsa. Esimerkiksi hän pystyi itse ottamaan lääkkeitä dosetista, johon hoitaja oli ne jakanut. Asiakas osasi itse annostella ja pistää insuliininsa.
- Asiakas pystyi suorittamaan tiettyjä perustoimintoja, kuten kirjoittamaan, jotta hän sai täytettyä omahoitolomakkeen.
- Kotihoito ei käynyt asiakkaan luona joka päivä lääkehoidon takia. Eli asiakas voitiin ottaa testiryhmään mukaan, jos kotihoito kävi tekemässä esimerkiksi aamupesut, mutta asiakas hoiti itse lääkehoitonsa illalla.

Tammikuussa 2012 projektipäällikkö toimitti henkilökohtaisesti muokatun omahoitolomakkeen kotihoidon hoitajille. Samassa tilaisuudessa kerrattiin

lyhyesti, mitä omahoito on, omahoidon prosessi ja muutosvaihemalli. Tilaisuudessa sovittiin lomakkeen täyttöön liittyvistä käytännön asioista ja täyttöohjeista sekä sovittiin haastatteluihin tulevien hoitajien haastatteluajankohdista.

Määriteltyjen kriteerien perusteella testiryhmään valikoitui 15 asiakasta. Näiden asiakkaiden omahoitajat toimittivat lomakkeet heille täytettäväksi. Valituista asiakkaista 12 (N = 12) täytti omahoitolomakkeen. Kolme asiakasta ei halunnut lomaketta täyttää. Syitä täyttämättä jättämiseen oli, että lomake oli liian pitkä, se ei hyödyttänyt asiakkaan mielestä hänen hoitoaan ja sen täyttäminen olisi ollut ajanhukkaa.

Valitut asiakkaat täyttivät lomakkeen itsenäisesti tai omaisen ja/tai hoitajan avustuksella. Kun lomake oli täytetty, omahoitaja otti yhteyttä projektipäällikköön joko puhelimitse tai sähköpostitse. Silloin sovittiin hoitajan haastatteluajankohta.

6.2 Soveltavan tutkimusosan tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat

Kehittämiprojektin soveltavan tutkimusosan tavoitteena oli testata omahoitolomakkeen toimivuutta. Tarkoituksena oli tuottaa omahoitolomake työvälineeksi kotihoidon hoitajille.

Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

1. Miten toimivaksi ja kattavaksi hoitaja kokee omahoitolomakkeen?
2. Miten hoitaja tunnistaa kotihoidon asiakkaan omahoitovalmennuksen tarpeen omahoitolomaketta käyttämällä?
3. Miten omahoitolomake toimii työvälineenä omahoitovalmiuden tunnistamisessa?
4. Miten hoitaja pystyy omahoitolomakkeen avulla kannustamaan ja tukemaan asiakasta omahoitoon?

6.3 Haastatteluiden toteutus

Soveltavan tutkimusosan tiedonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastatteluiden tarkoituksena oli saada tietoa kotihoidon hoitajilta omahoitolomakkeesta ja sen käytettävyydestä. Teemahaastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Teemahaastattelussa on oleellista, että haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa ja se ottaa huomioon ihmisten tulkinnat ja heidän asioille antamat merkitykset. (Hirsjärvi & Hurme 2008; Vilkkä 2009.) Haastattelussa on mahdollisuus myös selvittää ja syventää vastauksia lisäkysymyksiä tekemällä (Hirsjärvi ym. 2009; Vilkkä 2009).

Haastateltaviksi, tiedonantajiksi, valikoitui 11 (N = 11) kotihoidon hoitajaa sen perusteella, keiden asiakkaat olivat täyttäneet omahoitolomakkeen testaamiseen laaditut kriteerit ja keiden asiakkaat täyttivät omahoitolomakkeen. Tiedonantajat olivat terveydenhoitajia, sairaanhoitajia, lähihoitajia ja kotiavustajia. Haastatteluissa käytettiin nauhuria tietojen tallentamista ja myöhemmin tapahtuvaa aineiston analysointia varten.

Haastatteluissa käytetyt kysymykset olivat seuraavat:

1.	Olivatko omahoitolomakkeen kysymykset ymmärrettäviä?
2.	Miten lomakkeen täyttäminen sujui asiakkailta?
3.	Mitä siinä tulisi muuttaa?
4.	Mitä olennaista puuttuu?
5.	Miten lomaketta voisi käyttää kotihoidossa?
6.	Minkälaisia vaikutuksia sillä on käytäntöön, esimerkiksi saako sen avulla tuettua omahoidon toteutumista, tunnistaako sen avulla omahoitovalmennuksen tarpeen?
7.	Miten lomakkeen avulla pystytään kannustamaan ja tukemaan asiakasta omahoitoon?

Aineiston keruu aloitettiin helmikuussa 2012. Yksilöhaastattelun ajankohta sovittiin henkilökohtaisesti tiedonantajan kanssa joko puhelimitse tai sähköpostitse. Tiedonantajat saivat jo omahoitolomakkeen esittelytilaisuudessa

Saatekirjeen (Liite 1) ja Kirjallinen suostumus haastatteluun –lomakkeen (Liite 2).

Haastattelut suoritettiin 16.2. - 8.3.2012 välisenä aikana. Haastattelun alussa projektipäällikkö kertoi tiedonantajalle haastattelun etenemisestä ja haastattelussa käytössä olevasta nauhurista. Tiedonantaja täytti ja allekirjoitti Kirjallinen suostumus haastatteluun –lomakkeen. Samalla pyydettiin myös ilmoittamaan yhteystiedot mahdollista myöhempää tietojen tarkistamista ja täydentämistä varten.

Haastatteluissa oli läsnä tiedonantaja ja projektipäällikkö. Haastattelut suoritettiin ennalta sovitussa paikassa, missä oli mahdollisimman vähän häiriötekijöitä. Kaksi haastattelua tapahtui kokoushuoneessa ja loput yhdeksän hoitotarvikejakelun tilassa, jossa ei sillä hetkellä ollut muuta toimintaa.

Haastattelut kestivät 20 minuutista 40 minuuttiin. Kaksi haastattelua keskeytyi hetkeksi tiedonantajan puhelimeen vastaamisen vuoksi, mutta haastatteluja saatiin jatkettua hyvin eteenpäin. Yksi haastattelu keskeytyi noin kymmeneksi minuutiksi, kun nauhurista loppui muistitila. Haastattelua päästiin jatkamaan, kun projektipäällikkö tyhjensi ensin muistitilaa.

6.4 Aineiston analysointi

Kun aineisto on kerätty ja kirjoitettu tekstiksi, se analysoidaan. Näin saadaan tutkimuksen tulokset näkyviin. Sisällön analyysi on systemaattinen analyysimenetelmä, jonka avulla kuvataan analyysin kohteena olevaa tekstiä. Analyysissa haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimusongelmiin ja pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Aineiston keräämisen jälkeen projektipäällikkö kirjoitti haastattelut osittain tekstiksi (= litterointi). Litterointi tapahtui ainoastaan niille kohdille, jotka vastasivat tutkimusongelmien kysymyksiin. Tiedonantajien antamaa tietoa käytettiin juuri sellaisenaan, kuin he haastattelussa sen mainitsivat. Ensin alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin ja samaa tarkoittavat lausumat laitettiin

samaan sisältökattegoriaan. Samassa sisältökattegoriassa olevista lausumista muodostettiin ylempi kattegoria, joka nimettiin sisältöä vastaavaksi. (Kuvio 7)

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Yläkattegoria
"Asiakas saa itse lukea lomaketta ja siinä samalla hän huomaa mitkä asiat ovat tärkeitä huomioida"	Asiakas huomaa itse tärkeitä asioita	Asiakkaan oman oivalluksen tukeminen

Kuvio 7. Esimerkki pelkistämisestä.

Ensimmäiseen tutkimusongelmaan liittyvistä lausumista saatiin aineistoa omahoitolomakkeen edelleen muokkaukseen. Toiseen tutkimusongelmaan saatiin kuvattua lausumien perusteella neljä yläkattegoriaa, kolmanteen tutkimusongelmaan seitsemän yläkattegoriaa ja neljanteen neljä yläkattegoriaa.

6.5 Tulokset

6.5.1 Omahoitovalmennuksen tarpeen tunnistaminen omahoitolomaketta käyttämällä

Omahoitovalmennuksen tarpeen tunnistaminen omahoitolomaketta käyttämällä –kohtaan saatiin haastatteluiden perusteella kuvattua neljä yläkattegoriaa: omahoito asiakkaan arvioimana, valmis lomake omahoidon toteutuksen tukena ja vahvistajana, lomake keskustelun avaajana sekä lomake seurannan välineenä. (Kuvio 8)



Kuvio 8. Omahoitovalmennuksen tarpeen tunnistaminen omahoitolomaketta käyttämällä.

Asiakas pystyi **arvioimaan omahoitoaan** valmiissa omahoitolomakkeessa olleiden kysymysten avulla. Kysymykset pitivät sisällään omahoidon tilanteen arvioinnin, omahoitoa haittaavia tekijöitä, oman näkemyksen omahoidon tilanteesta ja omahoidon tehostamisen tarpeen. (Kts. Liite 3, kysymykset 3 A, B, C, D.) Lomakkeen kysymykset olivat tiedonantajien mielestä tärkeitä ja hyviä omahoitovalmennuksen tarpeen tunnistamisessa. Kysymysten avulla sai kokonaisvaltaisen käsityksen asiakkaan omahoidon tilasta ja pystyi tunnistamaan omahoitovalmennuksen tarpeen. Kysymykset auttoivat tekemään tarkan tilannekartoituksen ja ottamaan huomioon laaja-alaisesti asiakkaan omahoidon tilan. Tarkat kysymykset olivat hyviä, koska asiakas ei voinut kuitata vastauksia vain olan kohautuksella, vaan lomakkeen avulla päästiin pohtimaan tilannetta tarkasti ja yksityiskohtaisesti.

Toisena pääluokkana oli **valmis lomake omahoidon toteutuksen tukena ja vahvistajana**. Omahoitolomakkeen täyttäminen tuki hoitajan luomaa kuvaa asiakkaan omahoitovalmennuksen tarpeesta. Se oli hyvä apu, kun kyseessä oli vieras asiakas. Lomakkeen avulla sai kokonaiskuvan tilanteesta, vaikka hoitaja ei vielä tuntenutkaan asiakasta. Lomakkeen läpikäyminen realisoi tilannetta. Sen avulla näki, olivatko tavoitteet ylä- vai alakanttiin suhteutettuna asiakkaan toimintakykyyn. Lomake tuki asiakasta. Sen avulla saatiin ”punainen lanka”

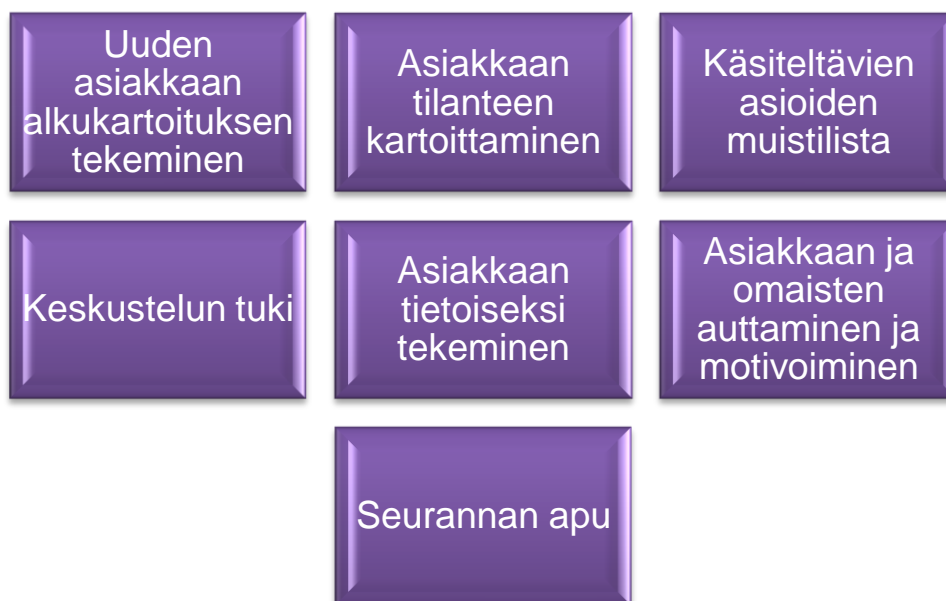
omahoidon tukemiseen ja asiakas huomasi itsekkin, mihin hänen kannatti panostaa.

Kolmantena omahoitovalmennuksen tarpeen tunnistamisen keinona oli **omahoitolomake keskustelun avaajana**. Keskustelun kautta saatiin kartoitettua asiakkaan tarpeita. Omahoitolomake toimi hyvänä apuna keskustelussa. Lomakkeen täyttö loi keskustelua. Kysymysten kohdalla pystyi laajentamaan aihealueita ja sai laajan kuvan omahoitovalmennustarpeen tilasta.

Neljänneksi luokaksi nimettiin **omahoitolomake seurannan välineenä**. Omahoitovalmennuksen tarpeen tunnisti myös seurannan avulla. Kun asiakkaan vointia seurattiin säännöllisesti, huomattiin, oliko tarve muuttunut ja oliko toimintakyky parantunut tai huonontunut. Seurannan säännöllisyyden asiakas ja hoitaja pystyivät sopimaan keskenään asiakkaan tilanteen mukaan. Omahoitolomakkeen avulla hoitaja sai tietoa niistä asioista, joita tuli seurata ja joihin tuli kiinnittää huomiota.

6.5.2 Omahoitolomake työvälineenä omahoitovalmiuden tunnistamisessa

Omahoitolomake työvälineenä omahoitovalmiuden tunnistamisessa –kohtaan saatiin haastatteluiden perusteella kuvattua seitsemän yläkategoriaa: uuden asiakkaan alkukartoituksen tekeminen, asiakkaan tilanteen kartoittaminen, käsiteltävien asioiden muistilista, keskustelun tuki, asiakkaan tietoiseksi tekeminen, asiakkaan ja omaisten auttaminen ja motivoiminen sekä seurannan apu. (Kuvio 9)



Kuvio 9. Omaha-lomake työvälineenä omahoitovalmiuden tunnistamisessa.

Omahoitolomake toimi kotihoidossa hoitajan työvälineenä **uuden asiakkaan alkukartoituksen tekemisessä** silloin, kun asiakas tuli kotihoidon piiriin. Se oli tarpeellinen työväline, kun tavattiin uusi asiakas ja tutustuttiin häneen. Lomakkeen avulla sai esitietoja, eikä kaikkea tarvinnut etsiä asiakastietojärjestelmästä tietokoneelta. Omahoitolomake toimi esimerkiksi Rava -toimintakykymittarin rinnalla täydentäen siitä saatuja tietoja.

Omahoitolomake toimi työvälineenä myös **asiakkaan tilanteen kartoittamisessa**, ei ainoastaan alkukartoituksessa. Se antoi kuvan asiakkaan voinnista, kartoitti omahoitovalmiuden tilaa ja antoi kuvan siitä, kuinka paljon ylipäättään asiakas oli kiinnostunut omasta hoidostaan. Lomakkeen avulla huomattiin, mihin osa-alueeseen voitiin vaikuttaa ja mihin huomio kiinnitettiin. Kohteeksi otettiin esimerkiksi vain yksi osa-alue kerrallaan ja priorisoitiin tekeminen siihen.

Omahoitolomaketta käytettiin **käsiteltävien asioiden muistilistana**. Lomakkeesta sai ideoita siihen, mihin asioihin kannatti kiinnittää huomiota, mitä seurattiin ja mistä asioista keskusteltiin. Lomakkeen täyttämisen yhteydessä tuli dokumentoitua tärkeitä asioita paperille. Asiat eivät jääneet vain ”puheen helinäksi”. Omahoitolomake toimi muistutuksena siitä, mitä asioita oli käyty läpi

ja mihin kannatti vielä kiinnittää huomiota. Lisäksi se oli työvälineenä silloin, kun hoitaja oli sijaisena eikä tuntenut asiakasta hyvin. Lomakkeesta näki sen, mitä kyseisen asiakkaan kohdalla tuli ottaa huomioon ja mihin asioihin tarttua. Hoitaja voi urautua helposti ja silloin omahoitolomake auttoi hoitajaa ajattelemaan ja näkemään asioita monipuolisesti.

Omahoitolomaketta käytettiin **keskustelun tukena**. Siitä sai ideoita ja apua keskusteluun. Se toimi vuoropuhelun apuna asiakkaan ja ammattilaisen välillä. Se kirvoitti keskustelemaan omahoitoon liittyvistä asioista myös vapaa-ajalla ystävien ja omaisten kanssa. Jos oli sellainen asiakas, joka ei halunnut täyttää lomaketta, sen avulla voitiin kuitenkin käydä keskustelua tärkeistä asioista.

Omahoitolomaketta käyttämällä **asiakas saatiin tietoiseksi** omahoidosta ja sen merkityksestä. Tultiin tietoiseksi siitä, mitä asioita omahoitoon kuului ja mitä se merkitsi. Lomakkeen avulla tuli selvitettyä asiakkaan oman vastuun ottamista. Lomake toimi myös oivalluksen välineenä. Asiakas huomasi, että hän pystyikin tekemään jonkin osa-alueen eteen enemmän työtä kuin mitä hän oli ajatellut.

Omahoitolomaketta käytettiin myös **asiakkaan ja omaisten auttamiseen ja motivoimiseen**. Sen avulla pystyi herättelemään ja motivoimaan omahoitoon sekä auttamaan, jos matkan varrella ilmeni ongelmakohtia. Omaisten mukaan saanti hoitoon oli haastavaa. Omahoitolomake motivoi heitä ottamaan lisää vastuuta läheisensä hoidosta.

Lomake toimi **seurannan apuna**. Säännöllisen seurannan avulla huomattiin, oliko jokin osa-alue muuttunut ja pystyikö tekemään jonkun toisen eteen aikaisempaa enemmän töitä. Siitä näki lyhyen aikavälin muutoksen konkreettisesti. Seurannan avulla selvisivät omahoitovalmiuden muutokset.

6.5.3 Asiakkaan omahoitoon kannustaminen ja tukeminen omahoitolomakkeen avulla

Omahoitoon kannustamiseen ja tukemiseen saatiin kuvattua haastatteluiden perusteella neljä yläkategoriaa: asiakkaan motivoiminen, asiakkaan oman

oivalluksen tukeminen, palautteen antamisen apuväline ja säännöllinen seuranta. (Kuvio 10)



Kuvio 10. Asiakkaan omahoitoon kannustaminen ja tukeminen omahoitolomakkeen avulla.

Asiakkaan motivoimisen erilaisia keinoja tunnistettiin aineistosta runsaasti. Omahoitolomakkeen avulla hoitaja pystyi tukemaan asiakasta omatoimisuuteen ja kannusti toteuttamaan hyvää omahoitoa. Jo lomakkeen täyttäminen kannusti toimimaan. Se, että hoitaja otti esille hoitoon liittyviä asioita, motivoi ja kannusti asiakasta. Lomakkeesta pystyi ottamaan esille tiettyjä osa-alueita, teemoja, joita käsiteltiin. Teemojen mukaan asiakkaalle tuotiin esimerkiksi ohjeita venyttelyyn, jumpattiin yhdessä tai mietittiin aikaisempaa terveellisempiä ruokailutapoja.

Omahoitolomakkeen kautta selvisi se, mitä asiakas halusi tehdä ja mitä hän pystyi tekemään. Hoitaja neuvoi asettamaan pieniä tavoitteita ja muistutti, että ei tarvitse jaksaa niin paljon kuin nuorempana. Täytetystä lomakkeesta näki asetetut tavoitteet ja niiden avulla sai tuettua jatkamaan tavoitteiden suuntaisesti.

”Ei niin motivoitunut” asiakas huomasi lomakkeen avulla sen, mitä hän voisi tehdä. Lomake korosti tärkeitä asioita. Hoitaja pystyi kannustamaan silloinkin, kun asiakkaalla ei ollut paljon motivaatiota. Silloin pystyi kiinnittämään huomiota niihin asioihin, joihin asiakas halusi ja joihin hän jaksoi keskittyä. Lomaketta käyttämällä hoitaja pystyi kertomaan myös sen, mihin kannatti kiinnittää huomiota, jos asiakas ei halunnut itse kantaa vastuuta hoidostaan.

Omahoitolomaketta käyttämällä pystyi **tukemaan asiakkaan omaa oivallusta**. Asiakas sai itse lukea lomaketta ja huomasi, mitkä asiat olivat tärkeitä. Hän oivalsi, mitä tärkeitä asioita oli ja se jätti ainakin alitajuntaan tiedon siitä, minkä eteen kannatti jatkossa ponnistella. Lomakkeen avulla asiakas sai kerrattua osa-alueita ja huomasi, että jokin osa-alue oli parantunut. Se kannusti. Oivalluksena oli myös se, että omahoidossa on vaihtoehtoja eikä hoidon tavoite ollut menetetty, jos välillä repsahti.

Omahoitolomake toimi myös **palautteen antamisen apuvälineenä**. Palautteen anto kannusti ja tuki omahoitoon. Sen antaminen onnistui lomakkeen täytön yhteydessä. Siinä mielessä oli hyvä, että lomake täytettiin yhdessä hoitajan kanssa. Palautteen anto onnistui myös lomakkeen täyttämisen jälkeen. Kun hoitaja huomasi, että asiakas oli hoitanut itseään ja edistynyt tavoitteiden saavuttamisessa, myönteisen palautteen antaminen kannusti jatkamaan samansuuntaisesti.

Hoidon **säännöllinen seuranta** kannusti ja tuki asiakasta. Omahoitolomakkeessa oli kirjattuna se, mitä otettiin huomioon ja mitä seurattiin. Oli hyvä, että kaikki tärkeät, seurattavat asiat oli koottu paperille. Säännöllinen läpikäynti aktivoi asiakasta toimimaan tavoitteiden suuntaisesti, jolloin saavutettiin ainakin minimitalavoitteita. Omahoidon tila oli hyvä ottaa esille säännöllisesti ja katsastaa se, missä tavoitteiden saavuttamisen kohdalla menttiin. Kun seurannassa huomattiin, että jokin osa-alue oli parantunut, se antoi lisää voimia yrittää.

6.6 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2010). Eettisten periaatteiden kunnioittamisessa on tärkeää vapaaehtoisesti tutkimukseen osallistuvan suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys sekä anonyymiyys (Hirsjärvi & Hurme 2008; Tuomi & Sarajärvi 2009; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009; Burns & Grove 2011).

Tässä kehittämisprojektin soveltavassa tutkimusosassa noudatettiin rehellisyyttä ja huolellisuutta sekä käytettiin eettisesti kestäviä tiedonhankinta-,

tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Soveltavan tutkimusosan toteutukselle saatiin lupa organisaatiolta.

Sastamalan kotihoidon hoitajia tiedotettiin kehittämisprojektista. Tiedonantajia pyydettiin kertomaan asiakkaille, että omahoitolomaketta testattiin, jotta saataisiin kotihoidon hoitajille työväline omahoidon arviointiin ja tukemiseen. Kehittämisprojektiin osallistujat, sekä asiakkaat että tiedonantajat, saivat päättää itse halusivatko he osallistua omahoitolomakkeen täyttöön tai haastatteluun. Tiedonantajille kerrottiin kehittämisprojektin tavoitteet ja menetelmät. Heille annettiin saatekirje, heiltä pyydettiin osallistumisesta kirjallinen suostumus ja painotettiin, että osallistuminen on vapaaehtoista. Heille tiedotettiin säännöllisesti tutkimuksen etenemisestä, ja kerrottiin, että tuloksien raportoinnissa ei voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa.

Tiedonantajia tiedotettiin asiallisesti, he osallistuivat vapaaehtoisesti ja kaikilta saatiin lupa haastatteluiden nauhoittamiseen. Haastattelut eivät sisältäneet henkilökohtaisia tai arkaluonteisia kysymyksiä. Tiedonantajan nimi tuli haastattelijan tietoon, mutta nimiä ei raportoinnissa käytetty.

Kehittämisprojektin soveltavan tutkimusosan aineistonkeruumenetelmä, aineiston analysointi ja tulokset esitettiin juuri sellaisina kuin ne olivat. Tulokset ovat kotihoidon hoitajien antamaa tietoa omahoidon arvioinnista, tukemisesta ja omahoitolomakkeen käytöstä. Tulokset vastaavat tavoitteisiin ja tutkimusongelmiin. Saatua aineistoa käsiteltiin tarkasti ja huolehdittiin siitä, että ulkopuoliset eivät päässeet käsiksi aineistoon. Haastattelunauhuri tyhjennettiin ennen sen palauttamista ja aineisto tallennettiin projektipäällikön tietokoneelle, johon muilla ei ole pääsyä.

Tutkimuksen luotettavuuskriteerit ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007). Luotettavuutta lisää myös puolueettomuus (Tuomi & Sarajärvi 2009; Vilkkä 2009).

Tässä kehittämisprojektissa uskottavuutta vahvistettiin aineistotriangulaatiolla. Omahoitolomakkeesta kerättiin aineistoa ensin asiakkailta ja sitten hoitajilta. Luotettavuus perustuu rehellisyyteen ja tarkkaan raportointiin, vaikkakin

haastatteluita ei voi toistaa täysin samanlaisena. Lisäksi uskottavuutta lisää se, että tiedonantajat olivat kotihoidon asiantuntijoita ja asiakkaiden omahoitajia.

Vahvistettavuutta lisättiin tutkimuspäiväkirjan pidolla. Sen avulla vahvistettiin prosessin kuvausta ja tuloksia. Tutkimuspäiväkirjaan oli kirjattu kehittämisprojektin etenemisen eri vaiheissa tapahtuneita asioita ja tuloksiin liittyviä haastattelijan huomioita. Luotettavuutta pyrittiin parantamaan myös sillä, että selostettiin tarkasti tutkimuksen toteutumista jokaisessa vaiheessa.

Reflektiivisyyttä tarkasteltiin ja kuvattiin arviolla siitä, millainen vaikutus projektipäälliköllä oli koko prosessiin. Tutkimuksen toteutumista raportoitiin jokaisessa vaiheessa. Kerrottiin haastatteluun liittyvistä tekijöistä, analyysin luokittelusta, millä perusteella tuloksia tulkittiin sekä siitä, miten projektiorganisaatio, varsinkin projektipäällikkö, toimi. Projektipäällikön rehellisyys oli erittäin tärkeää. Tässä kehittämisprojektissa luotettavuutta pyrittiin lisäämään lisäksi säännöllisellä tiedottamisella projekti- ja ohjausryhmälle sekä tarkalla raportoinnilla.

Siirrettävyyttä parannettiin sillä, että kerrottiin kuvailevasti tutkimukseen osallistujista sekä ympäristöstä. Luotettavuuden lisäämiseksi kehittämisprojektin vaiheita on pyritty kuvaamaan ja raportoimaan tarkasti ja totuudenmukaisesti. Haastattelutilanteiden kuvaaminen on pyritty tekemään selkeästi: kuvattiin olosuhteet, haastatteluiden ajat ja häiriötekijät sekä keskeytykset. Projektipäällikkö suoritti haastattelut ja aineiston analysoinnin. Aineiston analyysi kuvattiin sanoin ja esimerkillä. Aineiston analysoinnissa ja käsittelyssä pyrittiin systemaattisuuteen.

Projektipäällikkö ei aineiston keruun aikana työskennellyt tiedonantajien kanssa, joten se lisäsi puolueettomuutta ja samalla luotettavuutta. Kehittämisprojektista saadut tulokset on pyritty esittämään tarkasti ja johdonmukaisesti. Haastatteluilla saatiin vastaukset tutkimusongelmiin ja esitetyt johtopäätökset perustuvat saatuihin tuloksiin.

7 Omahoitolomake diabetesta sairastavan asiakkaan omahoitovalmennukseen

Testattu omahoitolomake (Kuvio 6) muotoiltiin tiedonantajien haastatteluista tulleiden ehdotusten mukaan. Siihen lisättiin kysymykset tuleeko ruoka ruokapalvelusta ja onko asiakkaan iholla haavoja tai tulehtuneita kohtia. Lomakkeen tekstikokoa suurennettiin joiltain osin ja vastausvaihtoehtojen kysymyksen asettelua muokattiin edelleen helpompaan muotoon. Kysymys omahoidon tehostamisesta jätettiin lomakkeeseen, vaikka asiakkaat kokivat sen vaikeana kohtana. Kysymyksen asetteluun lisättiin kohta, että sen voi täyttää yhdessä hoitajan kanssa.

Lomakkeen täyttävät asiakkaat antoivat palautetta lomakkeen pituudesta. Se arvioitiin liian pitkäksi, mutta mitään muutosehdotuksia pituuden lyhentämiseksi ei tullut. Lomake todettiin asialliseksi. Kysymyksiä oli monelta tärkeältä osa-alueelta ja niitä oli riittävästi. Asiakkaat pitivät lomaketta hyvänä seurannan välineenä ja tarpeellisena voinnin seurannassa. Viimeisteltä omahoitolomake on kuvattu liitteessä 3.

8 Kehittämiprojektin arviointi ja pohdinta

8.1 Omahoitolomakkeen toimivuus

Omahoidon prosessiin kuuluu ongelmien ja voimavarojen kartoittaminen, tavoitteiden asettaminen, hoitosuunnitelman teko, toteutus ja seuranta (Routsalo & Pitkälä 2009). Omahaito on asiakaslähtöistä. Ammattihenkilö ottaa selvää asiakkaan tilanteesta, ja he räätälöivät yhdessä tilanteeseen sopivan hoidon. Ammattihenkilö ja asiakas keskusteleivat, mitä asiakas toivoo ja millaisiin muutoksiin hänellä riittää voimavaroja ja haluja. (Routasalo ym. 2009; Routasalo & Pitkälä 2009.)

Omahoito vaatii asiakkaalta vastuunottoa sekä tietoisuuden hoidon tavoitteista ja keinoista, miten tavoitteet saavutetaan. Asiakkaan tulee uskoa omaan pystyvyyteensä ja omiin voimiinsa. (Routasalo ym. 2009; Routasalo & Pitkälä

2009.) Siirtyminen ammattihenkilölähtöisestä hoitosuhteesta asiakaslähtöisyyteen vaatii ammattilaisiltakin asennemuutosta. Ammattihenkilön pitää olla valmiina myös asiakkaan muuttuvaan rooliin. (Routasalo ym. 2009; 2010b.)

Omahoitolomaketta käyttämällä sai kuvan asiakkaan voinnista sekä siitä, kuinka paljon asiakas oli kiinnostunut omasta hoidostaan. Omahoitolomakkeen täytön jälkeen selvisi, mitä asiakas halusi tehdä ja mitä hän pystyi tekemään. Tärkeää oli myös huomata, että lomake toimi keskustelun avaajana ja tukena. Se toimi apuna keskustelussa, siitä sai ideoita, mistä asioista kannatti puhua. Omahoitolomakkeen täyttäminen loi keskustelua. Lomakkeen avulla saatiin kartoitettua asiakkaan tarpeita, ja se toimi vuoropuhelun apuna ammattilaisen ja asiakkaan välillä.

Haastattelujen tuloksista saatiin esille se, että omahoitolomakkeen kautta asiakkaat tulivat tietoisiksi siitä, mitä omahoito pitää sisällään ja mikä on asiakkaan oma vastuu hoidosta. Lomaketta käyttämällä hoitaja pystyi kertomaan sen, mihin kannatti kiinnittää huomiota, jos asiakas ei halunnut itse kantaa vastuuta hoidostaan. Omahoitolomakkeessa olevat kysymykset auttoivat asiakasta miettimään omahoidon tavoitteita ja keinoja niiden saavuttamiseksi. Tarkkojen kysymysten avulla asiakkaat pääsivät pohtimaan tilannettaan yksityiskohtaisesti. Lomake tuki asiakasta. Sitä käyttämällä saatiin linja omahoidon toteuttamiseen. Myös seuranta auttoi hahmottamaan sitä, mitä tavoitteita oli saavutettu, millä keinoin ja mihin voisi seuraavaksi kiinnittää huomiota.

Omahoitolomakkeesta sai apua omahoidon prosessiin kuuluvan hoitosuunnitelman tekoon. Lomake toimi asiakkaan tilanteen kartoittamisessa apuna esitietojen selvittämisessä, asiakkaan voinnin kartoittamisessa ja omahoidon tilan arvioinnissa. Myös omahoitoprosessin toteutus-osassa omahoitolomake toimi apuna. Lomakkeesta voitiin ottaa yksi osa-alue prioriteetiksi ja toimia niin, että osa-alue saatiin hallintaan. Hoitaja pystyi motivoimaan asiakasta omahoitolomaketta apuna käyttäen. Hoitaja pystyi myös neuvomaan asiakasta asettamaan pieniä tavoitteita, joiden toteutus onnistuisi.

Omahoitolomaketta käyttämällä pystyi myös seuraamaan omahoidon prosessin etenemistä. Seurannan tapa sovittiin asiakkaan kanssa yhdessä ja siinä auttoivat omahoitolomakkeeseen kirjatut tarpeet, tavoitteet ja toteutus. Omahoitolomake toi hoitajille tietoutta siitä, mitä asioita omahoidossa kannatti käsitellä ja miten heidän tuli auttaa asiakasta omahoidossa.

8.2 Kehittämiprojekti prosessina

Kehittämiprojektia voidaan arvioida esimerkiksi kehittämisprosessin ja toimijoiden osallisuuden näkökulmasta (Toikko & Rantanen 2009). Tämä kehittämisprojekti eteni suunnitelmallisesti vaihe vaiheelta. Esiselvityksessä luotiin teoreettinen viitekehys ja sen jälkeen tehtiin projektisuunnitelma. Projektisuunnitelmaan kirjattiin projektin kannalta keskeiset asiat, kuten tavoitteet, toimintamalli ja työsuunnitelma. Projektisuunnitelma oli kehittämisprojektin suunnan näyttäjä. Suunnitelma oli hyvä työkalu, jotta tiedettiin, missä kohdassa mennään ja mitä seuraavaksi tuli tehdä.

Työskentelyä helpotti projektin eteneminen vaihe vaiheelta. Se paransi riskien hallintaa ja tietoisuutta siitä, mitä seuraavaksi tapahtui. Kehittämisprojekti pysyi hyvin projektisuunnitelmassa laaditussa aikataulussa. Projektin loppuraportoinnin ajankohtaa jopa aikaistettiin muutamalla kuukaudella, koska projektipäällikön ajankäyttö sen mahdollisti.

Projektipäällikön oma toiminta oli avainasemassa projektin etenemiselle ja valmistumiselle. Hän oli vastuussa koko projektin toteutuksesta, projektiorganisaatiolle ja tiedonantajille tiedottamisesta sekä aikataulussa pysymisestä. Tutkimusprojektipäiväkirja auttoi muistamaan asioita prosessin kuluessa. Projektihallintakansio selkeytti tärkeät asiat. Kansioon tallennettiin kaikki projektin kannalta tärkeät tiedot. Projektipäällikölle kehittämisprojektin läpivieminen opetti projektityön perusteiden oppimisen, ajan käytön hallintaa ja paineensietokykyä.

Tämän kehittämisprojektin projektiorganisaatio koostui projektipäällikön lisäksi ohjaus- ja projektiryhmästä. Ohjausryhmä tapasi kerran ja projektin loppuvaiheessa käytiin puhelinpalaveri. Projektiryhmä tapasi kaksi kertaa.

Ensimmäisen kerran joulukuussa 2011, kun projektisuunnitelma oli valmis ja toisen kerran keväällä 2012, kun projekti oli lopuillaan. Molemmat ryhmät ilmaisivat projektille tukensa. Sekä ohjaus- että projektiryhmään kuuluvien henkilöiden asiantuntemus oli erittäin tärkeää projektin tavoitteeseen pääsyn kannalta. Projektiryhmään kuuluvan työelämämentorin kanssa projektipäällikkö oli yhteydessä säännöllisesti koko projektin ajan. Keskustelut mentorin kanssa käytiin pääasiassa sähköpostitse. Mentori kommentoi aina yhden vaiheen valmistumisen jälkeen, mitä muutoksia kannatti tehdä organisaation ja työelämän näkökulmasta. Yhteistyö oli hyvää ja tuki projektin etenemistä.

8.3 Lopputuloksen arviointi

Kehittämiprojektin arviointi sisältää analyysin siitä, vastaako kehittämiprojekti tarkoitustaan (Toikko & Rantanen 2009). Tämän kehittämiprojektin tavoitteena oli tuottaa diabetesta sairastavan asiakkaan omahoitovalmennukseen soveltuva omahoitolomake. Tarkoituksena oli, että kotihoidon työntekijät pystyvät tunnistamaan omahoitovalmiuden ja siinä tarvittavan tuen omahoitolomaketta käyttäen.

Tavoitteeseen pääsemiseksi kotihoidon asiakkaat täyttivät muokatun omahoitolomakkeen ja saivat samalla kirjoittaa siitä mielipiteensä. Toinen keino tavoitteeseen pääsemiseen oli kotihoidon hoitajille tehty haastattelut, joissa selvitettiin heidän näkemystään omahoitolomakkeesta ja miten se toimisi heidän työvälineenään omahoidon valmennuksessa.

Kehittämiprojekti vastasi tarkoitustaan. Sen avulla kyettiin selvittämään, että kotihoidon työntekijät pystyivät tunnistamaan omahoitovalmiuden ja siinä tarvittavan tuen omahoitolomaketta käyttämällä.

Omahoitolomake saatiin toimivaksi ja vastaamaan kirjallisuudesta saatua kuvaa. Sotesissa jo käytössä ollut omahoitolomake toimi hyvänä pohjana. Siihen lisättiin iäkkäitä koskevia tietoja ja muokattiin sitä kotihoitoon sopivaksi. Ainut selvästi vaikea kohta asiakkaille oli alkuperäisen lomakkeen viimeinen kysymys, jossa asiakkaan piti miettiä konkreettinen asia, johon hän haluaa muutosta, mikä on tavoitteena, miten siihen tavoitteeseen päästään ja miten

asiakas siitä itse hyötyy. Tämä kohta jätettiin kuitenkin omahoitolomakkeeseen ja sen voivat täyttää asiakas ja hoitaja yhdessä.

9 Jatkokehittämisaiheita

Omahoitolomake otetaan käyttöön kesällä 2012 Sastamalan kotihoidossa. Vuoden kuluttua voidaan arvioida hoitajia haastatellen, miten se on toiminut heidän työvälineenä. Silloin on jo kokemuksia siitä, onko lomakkeen avulla saatu tuettua asiakasta omahoitoon. Käytännön kokemus tuo myös esille uusia asioita, joita lomakkeesta mahdollisesti tulisi muuttaa.

Jos omahoitolomake toimii diabetesta sairastavan asiakkaan omahoidon tukemisessa, kannattaa jatkossa kehittää omahoitolomaketta myös muihin sairauksiin liittyen. Jatkossa kannattaa pohtia sitä, onko lomakkeita aiheellista tehdä esimerkiksi jokaiselle kansansairaudelle erikseen vai muokata yksi lomake koskemaan kaikkia yleisimpiä sairauksia sairastavien asiakkaiden omahoitoa.

LÄHTEET

- Angeria, M.; Hirvasniemi, R. & Inget, K. 2011. Oulu vei tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ja hoidon verkkoon. Diabetes ja Lääkäri 3, 26-29.
- Ballou, KA. 1998. A concept analysis of autonomy. Journal of Professional Nursing 14/2, 102-110.
- Bierganns, E. (toim.) 2011. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma Dehko 2000-2011. Loppuraportti. Kehitys Oy. Pori.
- Bodenheimer, T.; Lorig, K.; Holman, H. & Grumbach, K. 2002. Patient self-management of chronic disease in primary care. The Journal of the American Medical Association 288/19, 2469-2475.
- Brown, D.; McWilliam, C. & Ward-Griffin, C. 2006. Client-centered empowering partnering in nursing. Journal of Advanced Nursing 53/2, 160-168.
- Burns, N. & Grove, SK. 2011. Understanding Nursing Research. Building an Evidence-Based Practice. 5th Edition. St. Louis, MO.
- Deakin, TA.; McShane, CE.; Cade, JE. & Williams, R. 2009. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus (Review). The Cochrane Library, Issue 1.
- Diabetesliitto. 2012. http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/yleista_diabeteksesta/tilastotietoa. Viitattu 15.3.2012.
- Dowell, J.; Brian, W. & Snadden, D. 2007. Patient-centered prescribing. Seeking concordance in practice. Oxford. Radcliffe Publishing. New York.
- Dunn, C.; Deroo, L. & Rivara, FP. 2001. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. Addiction 96/12, 1725-1742.
- Epshp. 2006. <http://www.epshp.fi/d2d/elamantavat/EI%C3%A4m%C3%A4ntapamuutoksen%20vaiheet.pdf>. Viitattu 24.3.2011.
- Espoon omahoitoahanke. 2012. <http://omahoito.espoo.fi/public/espoo-fi/Pages/default.aspx>. Viitattu 15.3.2012.

Fogelholm, M. 2006. Onko yli 70-vuotiaan tarpeen laihduttaa? Suomen Lääkärilehti 32, 3109-3111.

George, SR. & Thomas, SP. 2010. Lived experience of diabetes among older, rural people. Journal of Advanced Nursing, 66/5, 1092-1100.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Holman, H. & Lorig, K. 2004. Patient self-management: A key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. Public Health Reports 119, 239-243.

Janssen, I.; Katzmarzyk, PT. & Ross, R. 2005. Body mass index is inversely related to mortality in older people after adjustment for waist circumference. Journal of the American Geriatrics Society 53/12, 2112-2118.

Juhela, P. 2007. Ikääntyminen ja alkoholi – puuttumattomuuden ongelma. Kansanterveys 3, 17-18.

Kanto, V. & Hirvasniemi, R. 2009. Innovaatiosta käytäntöön – katsaus Oulun Omahoitohankkeeseen. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 1/3, 155-160.
<http://ojs.tsv.fi/index.php/stty/article/view/2475/2301>. Viitattu 15.3.2012.

Koski, JJ.; Kuusinen, A.; Honkasalo, M.; Seppänen, S.; Nihtilä, A.; Johannala-Kemppainen, R.; Karhula, T.; Huvinen, S. & Elonheimo, O. 2009. Nuotalla diabeetikot hyvään hoitoon. Suomen Lääkärilehti 24, 2216-2219.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Laitalainen, E.; Helakorpi, S.; Martelin, T. & Uutela, A. 2010b. Eläkeikäisten elintavoissa eroja koulutuksen ja kuntatyyppin mukaan. Suomen Lääkärilehti 5, 373-382.

Laitalainen, E.; Helakorpi, S. & Uutela, A. 2010a. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 30. Yliopistopaino. Helsinki.

Lorig, KR. & Holman, HR. 2003. Self-Management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine 26/1, 1-7.

Lyytinen, M. (toim.) 2011. Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet. Suuntaviivoja tyyppin 2 diabeetikoiden hoitoon ja kuntoutukseen. Diabeetikoille /Terveystuhoon. Suomen Diabetesliitto ry. Kehitys Oy.

Markland, D.; Ryan, RM.; Tobin, VJ. & Rollnick, S. 2005. Motivational interviewing and self-determination theory. Journal of Social and Clinical Psychology 24, 811-831.

Marttila, J. 2009. Diabeteksen omahoidon tukiverkostot. Terveyskirjasto Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00306. Viitattu 15.3.2012.

Miller, W. & Rollnick, S. 1991. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. Guild Press. New York.

Nummela, O. 2009. Ikääntyneiden sosiaaliset suhteet kantavat elämässä. Suomen Lääkärilehti 23, 2110.

Omahoitohanke. 2010. <http://www.espoo.fi/binary.asp?path=121834&field=FileAttachment>. Viitattu 25.5.2011.

Pitkälä, K.; Routasalo, P. & Airaksinen, M. 2008. Hoitoon sitoutumisesta omahoidon tukemiseen. Teoksessa: Lääkkeet & Terveys 2008. Lääketietokeskus Oy. Helsinki.

Pitkälä, K.; Savikko, N. & Routasalo, P. 2005. Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Vanhustyön keskusliitto ry. Helsinki.

Potkuhanke. 2012. <http://www.potkuhanke.fi/>. Viitattu 22.3.2012.

Prochaska, JO.; Velicer, WF.; Rossi, JS.; Goldstein, MG.; Marcus, BH.; Rakowski, W.; Fiore, C.; Harlow, LL.; Redding, CA.; Rosenbloom, D. & Rossi, SR. 1994. Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. Health Psychology 1, 39–46.

Rolland, Y.; Kim, M-J.; Gammack, JK.; Wilson, M-MG.; Thomas, DR. & Morley, JE. 2006. Office Management of Weight Loss in Older Persons. The American Journal of Medicine 119, 1019-1026.

Routasalo, P.; Airaksinen M.; Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim 125, 2351-2359.

Routasalo, P.; Airaksinen, M.; Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010a. Omahoidon tukeminen. Teoksessa: Lääkkeistä terveyttä? Kaikki mitä sinun tarvitsee tietää lääkealasta ja vähän muusta. Hanhela, T. (toim.) Lääketietokeskus Oy. Helsinki.

Routasalo, P.; Airaksinen, M.; Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010b. Pitkääikaissairaahan omahoidon opastus. Suomen Lääkärilehti 21, 1917-1923.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Forssan kirjapaino.

Routasalo, P.; Pitkälä, K.; Savikko, N. & Tilvis, R. 2005. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Saarela, T. 2004. Miten kohdata masentunut vanhus. Suomen Lääkärilehti 24, 2499.

Saarelma, O.; Lehtovuori, T. & Heinänen, T. 2010. Selkeyttä pitkäaikaissairaiden hoitoon. Yleislääkäri 5, 27-30.

Saarelma, O.; Lommi, M-L.; Hemminki, A.; Leppäkoski, A-M. & Siefen, L. 2008. Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. Suomen Lääkärilehti 50, 4441-4448.

Saspe. 2011. <http://www.saspe.fi/>. Viitattu 19.9.2011.

Saspen strategia. 2008. <http://sastamala.tjhosting.com/kokous/20102083-13-38195.PDF>. Viitattu 19.9.2011.

Savikko, N.; Routasalo, P.; Tilvis, R. & Pitkälä, K. 2006. Ikääntyneiden turvattomuus ja sen yhteys yksinäisyyden kokemiseen. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43, 198-206.

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>. Viitattu 23.3.2012.

Sotesi. 2012. <http://www.sotesi.fi/>. Viitattu 23.3.2012.

Suominen, M. 2009. Ikääntyneen ravitsemus kotihoidossa. Terveystietä 45/7, 15-17.

Suominen, M. 2010. Ravitsemus muuttuu ikääntyessä. Yleislääkäri 3, 18-22.

Suominen, M.; Sandelin, E.; Soini, H. & Pitkälä, K. 2009. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? European Journal of Clinical Nutrition 63/2, 292-296.

The Chronic Care Model. 2012. http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2. Viitattu 10.3.2012.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Edita Prima Oy. Helsinki.

Vertio, H.; Ahonen, R.; Fogelholm, M.; Hyypä, M.T.; Kunttu, K.; Larivaara, P.; Lindström, B.; Marttunen, M. & Sallinen, M. 2007. Miten suhtautua vanhusten alkoholinkäyttöön. Suomen Lääkärilehti 48, 4540-4541.

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä.

Virtanen, P.; Suoheimo, M.; Lamminmäki, S.; Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281. Helsinki.

Wagner, E.H.; Davis, C.; Schaefer, J.; Von Korff, M. & Austin, B. 1999. A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: Are They Consistent with the Literature? Managed Care Quarterly, 7, 56-66.

Wellard, S.J.; Rennie, S. & King, R. 2008. Perceptions of people with type 2 diabetes about self-management and the efficacy of community based services. Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession, 29/2, 218-226.

WHO. 1998. Health promotion glossary.

<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. Viitattu 10.3.2012.

WHO. 2010. Global recommendations on physical activity for health.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf. Viitattu 22.3.2012.

LIITTEET

Liite 1.

SAATEKIRJE

27.9.2011

DIABETESTA SAIRASTAVAN OMAHOIDON TUKEMINEN SASTAMALAN KOTIHOIDOSSA

Hyvä kotihoidon hoitaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan haastatteluun, jonka tavoitteena on tuottaa diabetesta sairastavan omahoitovalmennukseen soveltuva omahoitolomake. Tarkoituksena on, että kotihoidon työntekijät pystyvät tunnistamaan omahoitovalmiuden ja siinä tarvittavan tuen omahoitolomaketta käyttäen. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Potku-hankkeeseen. Lupa aineiston keruuseen on saatu vt. kuntayhtymän johtaja [REDACTED] 13.12.2011. Suostumuksesi haastateltavaksi vahvistat allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja antamalla sen haastattelijalle.

Sinun osallistumisesi haastatteluun on erittäin tärkeää, koska on tärkeää saada kotihoitoon työväline omahoidon tunnistamista varten. Haastattelun tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäisen haastateltavan näkemykset ole tunnistettavissa. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Sinuun liittyvää aineistoa, jos niin haluat.

Tämä aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaajat ovat [REDACTED] Yliopettaja, THT, Turun AMK, Terveysala ja [REDACTED] [REDACTED] Lehtori, TtT, Turun AMK, Terveysala.

Osallistumisestasi kiittäen

Katja Rovaharju

Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja, kliininen asiantuntija YAMK-opiskelija

[REDACTED]

katja.rovaharju@students.turkuamk.fi

Liite 2.

KIRJALLINEN SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa omahoidon tukemiseen liittyvästä opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Yhteystiedot (tarvittaessa) _____

Liite 3.



MaaliPotku
**Sastamalan seudun sosiaali-
 ja terveysterveyst ja
 Vammalan aluesairaala**



OMAHOITLOMAKE

MITÄ ON OMAHOITO?

Omahoito on henkilön itsensä toteuttamaa sairauden hoitoa, joka on suunniteltu yhdessä ammattihenkilön (lääkäri, hoitaja) kanssa. Omahoito on yksilöllistä ja päivittäistä. Omahoitoa ovat ravintoon, liikuntaan, tupakointiin ym. elämäntapoihin liittyvät päätökset ja teot. Siihen sisältyy myös sairauksien lääkehoito ja omatoiminen terveydentilan seuranta, esimerkiksi painon seuranta. Omahoitoon panostaminen kannattaa, sillä aktiivisella omahoidolla voidaan ylläpitää sairauden hyvä hoitotasapaino ja ehkäistä terveydentilan huononeminen.

Pyydämme Teitä syventymään hetkeksi omahoitoonne. Olkaa ystävällinen ja täyttäkää tämä kyselylomake omahoidosta joko itsenäisesti tai hoitajan tai omaisen avustuksella. Vastausten ja keskustelun pohjalta teemme yhdessä yksilöllisen omahoitosuunnitelman, johon kirjaamme Teidän tarpeenne ja tavoitteenne oman terveyttenne suhteen sekä sovimme hoidon seurannasta ja hoidon toteutumiseksi tarvitsemastanne tuesta.

Teillä on mahdollisuus keskustella omahoidostanne ja omahoitosuunnitelmastanne hoitajan kanssa

_____ / _____ 2012 klo _____

Tapaamisessa on hyvä olla mukana muistiinpanot terveydentilan seurannasta ja mahdolliset omaseurantavälineet (= sairauden seurantaan käytetyt mittarit, esimerkiksi verensokerimittari, verenpainemittari) sekä käyttämänne lääkkeiden reseptit.

1. ELÄMÄNTAVAT JA HYVINVOINTI

Alla olevaan taulukkoon on koottu väittämiä omahoidon keskeisimmistä suosituksista. Merkitkää rastilla, miten ne toteutuvat kohdallanne.

1A RAVINNON LAATU JA MÄÄRÄ	Kyllä	Ei	Osittain
Syön päivittäin kuitupitoista ruokaa (esim. täysjyväleipää, puuroa, leseitä, kasviksia, marjoja, hedelmiä).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytän lautasmallia aterioiden koostamisessa. (Lautasmalli = lautasella on 1/2 kasviksia, 1/4 lihaa/kalaa/kanaa ja 1/4 perunaa/riisiä/pastaa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syön vain vähän kovaa rasvaa sisältäviä elintarvikkeita (esim. rasvaisia juustoja, leivonnaisia, makkaroitu, pitsoja ja pikaruokia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiinnitän huomiota suolamäärään ruoanvalmistuksessa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarkkailen elintarvikkeiden pakkausmerkintöjä ja ne vaikuttavat ostopäätöksiini.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulle tulee ruoka ruokapalvelusta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1B PAINONHALLINTA	Kyllä	Ei
Koen itseni normaalipainoiseksi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Painoni on noussut vuoden sisällä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Painoni on laskenut vuoden sisällä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jos, niin kuinka paljon _____ kg		
Painoindeksini on lähellä arvoa 25 (kg/m ²). (Painoindeksi = paino jaettuna pituuden neliöllä; <i>hoitaja laskee tarvittaessa painoindeksin</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
paino= _____ pituus= _____		

1C LIIKUNTA	Kyllä	Ei	Osittain
Minulle kertyy hyötyliikuntaa päivittäin vähintään 30 min. (esim. kotiaskareet, kaupassa käynti kävellen/pyörällä, pihatyöt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harrastan liikunta 2-3 kertaa viikossa (esim. sauvakävely, voimistelu, kuntosali, hiihto, uinti, pyöräily).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1D TUPAKKA JA ALKOHOLI	Kyllä	Ei
Tupakoin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupakoin, mutta haluaisin lopettaa tupakoinnin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytän alkoholia kohtuullisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohtuullisuus tarkoittaa, että		
Naiset: korkeintaan 1 annos päivässä, mutta ei päivittäin.		
Miehet: korkeintaan 2 annosta päivässä, mutta ei päivittäin.		
Yksi annos on: 1 pullo keskiolutta tai 12 cl mietoa viiniä tai 8 cl väkevää viiniä tai 4 cl 40 % viinaa.		
En käytä alkoholia lainkaan. <input type="checkbox"/>		

1E MIELEN HYVINVOINTI

Koen mielialani olevan

() Hyvä () Alakuloinen () Surullinen () Masentunut

Vuorokausirytmini on () Säännöllinen () Epäsäännöllinen

Aloitekykyni on () Normaali () Huono

Keskittymiskykyni on () Normaali () Huono

	Kyllä	Ei
Olen ahdistunut päivittäin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen väsynyt kaiken aikaa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärsin yksinäisyydestä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulla on turvaton olo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen lähes aina pirteä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mielialaani vaikuttaa joku muu asia, mikä:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minkälaisia asioita teen mielenterveyteni hyväksi?		

2. SAIRAUKSIEN SEURANTA

2A	Kyllä	Ei	Osittain
Otan reseptilääkkeeni ohjeen mukaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiedän mihin sairauteen lääkkeeni vaikuttavat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verenpaineeni on tavoitetasolla: noin 140 / 85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seuraan verenpainettani säännöllisesti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veren kolesteroliarvoni ovat tavoitetasolla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesen hampaani ainakin kaksi kertaa päivässä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käyn säännöllisesti hammaslääkärin tai suuhygienistin tarkastuksessa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2B	Kyllä	Ei	Osittain
Mikä on pitkäaikaissokerisi arvo? Lukema: _____			
Mikä on yleensä aamuverensokerisi arvo? Lukema: _____			
Aterioiden jälkeiset sokeriarvoni ovat pääsääntöisesti alle 8 mmol/l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallitsen verensokeriseurannan perusteella tapahtuvan lääkeannoksen säätelyn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarkistan ja hoidan pistospaikat säännöllisesti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarkistan ja hoidan jalkani säännöllisesti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihossani on haavoja tai tulehtuneita kohtia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. OMAHOIDON ARVIOINTI JA TAVOITTEET

3A KUMPI ALLA OLEVISTA VAIHTOEHDOSTA KUVAA PAREMMIN OMAHOITOANNE

(Rastita tai ympyröi joka riviltä vain toinen vaihtoehtoista)

1: a) Tiedän sairaudestani ja sen hoidosta riittävästi.	b) Tarvitsen lisätietoa, mistä:
2: a) Ehkäisen elintavoillani sairauden etenemistä ja lisäsairauksien syntymistä.	b) Elintapani eivät ole sairauden kannalta sellaiset kuin voisi toivoa.
3: a) Tarkkailen terveydentilaani ja huolehdin sovittujen hoitojen toteutumisesta. Hoidan itseäni.	b) Minulla ei ole halua ja/tai voimavaroja itseni tai sairauteni hoitamiseen.
4: a) Tilaani kuvaavat mittausarvot ovat tavoitetasolla.	b) Mittausarvot eivät ole tavoitetasolla. Mitkä arvot eivät ole tavoitetasolla:

3B MITKÄ ASIAT MAHDOLLISESTI ESTÄVÄT TAI

HAITTAAVAT DIABETEKSEN OMAHOITOASI? (Voit valita useamman vaihtoehdon)

- ☐ Omahoitoani ei juuri nyt haittaa mikään. Pystyn toteuttamaan sitä parhaalla mahdollisella tavalla.
- ☐ Ajattelen, että en pysty omahoidolla vaikuttamaan terveyteeni.
- ☐ Jaksamisen puute, mielialaan liittyvät seikat (esim. stressi)
- ☐ Yksinäisyys
- ☐ Läheisten tuen puute, perhetilanne
- ☐ Tietojen puute
- ☐ Taitojen puute
- ☐ Sairaudet
- ☐ Taloudellinen syy
- ☐ Jokin muu syy, mikä?

3C MITÄ MIELTÄ OLET OMAHOIDOSTASI?

(Valitse tärkein vaihtoehto)

- ☐ Tällä hetkellä omahoitoni on riittävän hyvää, muutoksiin ei mielestäni ole tarvetta.
- ☐ Haluan tehostaa omahoitoani ja olen parhaillaan tekemässä muutoksia elintapoihini.
- ☐ Mielestäni omahoito olisi tarpeellista ja kokeilen nyt pieniä elintapojen muutoksia.
- ☐ Harkitsen omahoidon tehostamista ja/tai elintapojen muuttamista.
- ☐ Olen yrittänyt muuttaa elintapojani, mutta palannut kuitenkin entisiin.
- ☐ Panostan tällä hetkellä elämässäni muihin asioihin.

3D MITÄ ASIAA VOIT TEHOSTAA OMAHOIDOSSASI?

Tämän voi täyttää yhdessä hoitajan kanssa

Aseta itsellesi sellainen tavoite, jonka voit saavuttaa muuttamalla elintapojasi. Mieti, miten sen käytännössä saavuttaisit ja mitä konkreettista muuttaisit ensimmäiseksi sekä mitä hyötyä siitä Sinulle on.

Esimerkki

Tarve: haluaisin liikkua enemmän

Tavoite: säännöllinen liikunta; 30 min 2 kertaa viikossa

Miten saavutan tavoitteeni: varaan vakituisen ajan liikkumiselle kahtena päivänä viikossa

Hyöty: painon ja stressin hallinta, kokonaisterveys paranee!

Tarve;

Miksi ja mitä haluan muuttaa/saavuttaa

Tavoite;

Mihin haluaisin lähitulevaisuudessa pyrkiä

Miten saavutan tavoitteeni;

keinot, aikataulu

Miten hyödyn tavoitteeni saavuttamisesta